

Unfallanzeige

1. Verletzte Person

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Ort:
Geb. Datum:	Telefon Privat:
Telefon Geschäft:	Art der Verletzung (genaue Bezeichnung, Körperteil, Seite, Zahn, usw.):
Besteht Arbeitsunfähigkeit: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, seit wann und für wie lange?	

2. Beschreibung

Unfalldatum:	Genauere und vollständige Beschreibung des Unfallherganges (Witterung, beteiligte Personen, Fahrzeuge, Maschinen, Tiere):
Zeit:	
Ort (genaue Angabe des Unfallortes):	
Trifft jemanden ein Verschulden am Unfall? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, wen?	
Worin besteht dieses Verschulden?	

3. Polizei

War die Polizei auf der Unfallstelle? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Ist ein Polizeirapport aufgenommen worden? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, von welcher Amtsstelle?	

4. Behandelnder Arzt

Welcher Arzt/welches Spital hat Erste Hilfe geleistet?	Welcher Arzt/welches Spital führt die Behandlung fort?
Beginn Behandlung?	

Wird von der FKB ausgefüllt!	Bemerkungen:
Vers.-Nr.:	
Regress:	
Dossier Nr.:	

5. Weitere Mitteilungen

Besteht eine OUFL- bzw. UVG-Versicherung? ja nein

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?

Policen Nr.:

Besteht ein Arbeitsverhältnis? ja nein

Wenn ja, durchschnittliche wöchentl. Arbeitsstunden?

Genaue Anschrift des Arbeitgebers:

Beziehen Sie Entschädigung von der Arbeitslosenversicherung?
ja nein Wenn ja, seit wann?

Besteht anderweitige Unfalldeckung? ja nein

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?

Policen Nr.:

Handelt es sich um einen Betriebsunfall? ja nein

Ereignete sich der Unfall:
 auf dem Schulweg in der Schule

Wurde der Unfall der Schülerunfallversicherung gemeldet?
ja nein

6. Zeugen (Augenzeugen und deren Adressen)

Name:

Strasse:

Telefon Privat:

Vorname:

PLZ/Ort:

Telefon Geschäft:

7. Motorfahrzeugunfälle

Waren/sind Sie

Lenker?

Von Ihnen benütztes Fahrzeug

Motorrad bis 50 cm³

Motorrad über 50 cm³

Personenauto

Halter:

Lenker:

Kontrollschild:

Haftpflichtversicherung:

Insassenversicherung:

Halter?

Mitfahrer des Fahrzeuges?

Kollisionsfahrzeug

Motorrad bis 50 cm³

Motorrad über 50 cm³

Personenauto

Halter:

Lenker:

Kontrollschild:

Haftpflichtversicherung:

Insassenversicherung:

8. Bemerkungen

9. Vollmacht

Der unterzeichnende Versicherte, bzw. sein gesetzlicher Vertreter, erklären hiermit, die obigen Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Er ermächtigt die FKB, bei anderen Versicherungsträgern, Ärzten, Polizei- und Gerichtsstellen Auskunft einzuholen und er ermächtigt diese zur Auskunftserteilung. Er ermächtigt die FKB ausserdem, die für die Regressforderung massgebenden Unterlagen an die beteiligten Haftpflichtversicherungen, bzw. haftpflichtigen Dritten aushändigen zu dürfen.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters