



Versicherten-Nummer:

Zuständige Agentur:

## Unfallanzeige

Wir bitten Sie, diese Unfallanzeige **vollständig auszufüllen**. Nur eine **vollständig ausgefüllte Unfallanzeige** ermöglicht eine speditive Bearbeitung dieses Unfalles und verhindert unnötige Rückfragen an Sie. Danke für Ihre Mitarbeit!

### VersicherungsnehmerIn

Name / Vorname:

Telefon Privat:

Strasse / Ort:

Telefon Geschäft:

E-mail:

### Verunfallte Person

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse / Ort wie VersicherungsnehmerIn

andere:

Verhältnis zu VersicherungsnehmerIn:

### Unfallhergang

Unfalldatum / Zeit:

Ort:

Genaue und vollständige Beschreibung des Unfallherganges:

### Trifft jemand ein Verschulden am Unfall?:

ja  nein

Name / Vorname:

Telefon Privat:

Strasse / Ort:

Geburtsdatum (Alter):

Name Haftpflichtversicherung:

Policen-Nr.:

### Zusätzliche Fragen für Verkehrsunfälle:

Fahrzeug-Art (z.B. Velo, Mofa, Auto, Motorrad usw.), Marke?:

Kontrollschild:

Halter des Fahrzeugs (Eigentümer)? Name, Adresse, Telefonnummer:

Lenker des Fahrzeugs? Name, Adresse, Telefonnummer:

Haftpflichtversicherung (sofern bekannt?), Name der Versicherung:

von Ihnen benütztes Fahrzeug

Kollisionsfahrzeug

von Ihnen benütztes Fahrzeug	Kollisionsfahrzeug

Wurde ein europäisches Unfallprotokoll ausgefüllt?:

ja  nein

Wenn ja, bitte Kopie schicken!

**Unfallhergang  
Fortsetzung**

Zusätzliche Fragen bei **Unfällen mit Tieren**:

Bei Hundebissen (Hundehalter), Name, Adresse, Telefonnummer:

Bei Reitunfällen (Pferdehalter), Name, Adresse, Telefonnummer:

Wie viele Male hat der Versicherungsnehmer Unterricht gehabt?  Mal

**Verletzungen**

Art der Verletzung:

Verletzter Körperteil:

links  rechts

Besteht Arbeitsunfähigkeit?:  ja  nein

Wenn ja, seit wann und wie lange?

**Behandlung**

Erstbehandelnder Arzt/ Klinik

Name / Vorname:

Telefon Geschäft:

Strasse / Ort:

Spitaleinweisung stationär?  ja  nein

Wenn ja, wann?

Nachbehandelnder Arzt/ Klinik

Name / Vorname:

Telefon Geschäft:

Strasse / Ort:

Spitaleinweisung stationär?  ja  nein

Wenn ja, wann?

**Polizei / Zeugen**

War die Polizei auf der Unfallstelle?  ja  nein

Wurde ein Polizeirapport aufgenommen?  ja  nein

Falls ja, bitte Kopie schicken!

Durch wen wurde der Polizeirapport aufgenommen (zuständige Dienststelle)?

Gibt es Zeugen für das Unfallereignis?  ja  nein

Name / Vorname:

Telefon Privat:

Strasse / Ort:

Telefon Geschäft:

<b>Berufliche Daten</b>	Hatten Sie <b>am Unfalltag</b> einen Arbeitsvertrag?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wieviel Stunden pro Woche? <input type="text"/> Stunden.
	UVG-Versicherung (am Unfalltag):	<input type="text"/>		
	Berufliche Tätigkeit:	<input type="text"/>		
	Bezug Arbeitslosengeld:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, seit wann? <input type="text"/>
	Geschah der Unfall auf dem Weg vom / zum / auf dem Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Besteht anderweitig Heilungskostendeckung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welcher Art? <input type="text"/>
	Gesellschaft:	<input type="text"/>		
	Handelt es sich um einen Betriebsunfall?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	SUVA / UVG-versichert (am Unfalltag)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Bemerkungen**

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

**Vollmacht**

Die verunfallte Person oder deren gesetzliche Vertretung ermächtigt ÖKK, in die medizinischen, amtlichen und UVG-Akten, wie auch in diejenigen anderer Sozialversicherer (AHV, IV, Militärversicherung, usw.) Einsicht zu nehmen. Zudem bestätigt die verunfallte Person oder deren gesetzliche Vertretung die Richtigkeit der gemachten Angaben. Die unterzeichnete Person nimmt davon Kenntnis, dass unwahre oder fehlende Angaben eine Leistungsverweigerung oder -kürzung, eine Rückforderung oder eine nachträgliche Ablehnung zur Folge haben können. Im Weiteren ist die verunfallte Person damit einverstanden, dass ÖKK die für die Schadenfallbearbeitung erforderlichen Daten an am Schadenfall beteiligte Dritte übermitteln kann.

Ort / Datum:

Unterschrift der verunfallten Person:

Ort / Datum:

Unterschrift VersicherungsnehmerIn: