

Bitte füllen Sie diese Unfallanzeige vollständig aus. Damit ermöglichen Sie eine speditive Bearbeitung und verhindern unnötige Rückfragen.

Verunfallte Person	
Vorname:	Name:
Adresse:	PLZ, Ort:
Telefon privat/mobil:	Telefon Geschäft:
Mail:	
Geburtsdatum:	
Unfallhergang	
Unfalldatum:	Unfallzeit:
Ort:	
Vollständige Beschreibung des Unfallherganges:	
Trifft jemanden ein Verschulden am Unfall?	□ ja □ nein
Vorname:	Name:
Adresse:	PLZ, Ort:
Telefon privat/mobil:	Telefon Geschäft:
Mail:	
Geburtsdatum:	
Haftpflichtversicherung:	

Policen-Nr.:

Verletzungen

Art der Verletzung:				
Verletzter Körperteil:		□ links □ rechts		
Besteht Arbeitsunfähigkeit?		□ ja □ nein		
Wenn ja, seit wann und wie lange?				
B				
Behandlung				
Erstbehandelnder Arzt/Klinik				
Vorname:	orname: Name:			
Adresse:	PLZ, Ort:			
Telefon:				
Spitaleinweisung stationär?	□ ja □ nein			
Wenn ja, seit wann?	Wenn ja, wo?			
Sind Sie Rega-Gönner?	□ ja □ nein			
Zusätzliche Angaben bei Verkehrsunfällen	von Ihnen benutztes Fahrzeug	Kollisionsfahrzeug		
Auto, Velo, Mofa, welche Marke:				
Kontrollschild:				
Adresse:				
Telefon:				
Name der Haftpflichtversicherung:				
Wurde ein europäisches Unfallprotokoll au	sgefüllt? □ ja □ nein	Wenn ja, bitte Kopie schicken		
Zusätzliche Angabe bei Unfällen mit Tieren				
Bei Tierbissen: Name, Adresse, Telefonnummer des Halters				
War die Polizei auf der Unfallstelle?	□ ja □ nein			
Wurde ein Polizeirapport aufgenommen?	□ ja □ nein	□ ja □ nein		
Durch wen wurde der Polizeirapport aufgenommen (zuständige Dienststelle)?				
Gibt es Zeugen des Unfallereignisses?	□ ja □ nein	□ ja □ nein		
Vorname:	Name:	Name:		
Adresse:	PLZ, Ort:	PLZ, Ort:		
Telefon privat/mobil:	Telefon Geschäft:	Telefon Geschäft:		
Mail:				

Berufliche Daten

Bestand am Unfalltag ein Arbeitsverhältnis?	□ ja □ nein		
Wenn ja, wie viele Stunden Arbeitszeit pro Woche?	Stunden		
Arbeitgeber (am Unfalltag) und Adresse:			
Berufliche Tätigkeit:			
Unfallversicherung (am Unfalltag):	Policen-Nr.:		
Handelt es sich um einen Betriebsunfall?	□ ja □ nein		
Suva-/unfallversichert (am Unfalltag)?	□ ja □ nein		
Wenn nein, Unfallversicherung angeben:			
Wird Arbeitslosengeld bezogen?	□ ja □ nein		
	Wenn ja, seit wann?		
Zuständige Arbeitslosenkasse:			
Geschah der Unfall auf dem Weg vom/zum/am Arbeitsplatz	? □ ja □ nein		
Besteht anderweitig eine Heilungskostendeckung?	□ ja □ nein		
Gesellschaft:	Policen-Nr.:		
Bemerkungen:			
Discountable Description of the	"-lai-a ÖKKli in didi-ini- ladi-ini-		
Die verunfallte Person oder deren gesetzliche Vertretung ermächtigt ÖKK, sowohl in die medizinischen, amtlichen und UVG-Akten als 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 Schadenfall beteiligte Dritte übermitteln kann.			
Ort/Datum: Unterschrift d	Unterschrift der verunfallten Person/des gesetzlichen Vertreters:		