

Unfallanzeige

Versicherten-Nr.: _____

Bitte füllen Sie diese Unfallanzeige vollständig aus.

Damit ermöglichen Sie eine speditive Bearbeitung und verhindern unnötige Rückfragen.

Verunfallte Person

Vorname: _____ Name: _____

Strasse, Nr.: _____ 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?

Behandlung

Erstbehandelnder Arzt/Klinik

Vorname:

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 ausgefüllt?

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

Durch wen wurde der Polizeirapport aufgenommen (zuständige Dienststelle)?

Gibt es Zeugen des Unfallereignisses?

ja nein

Vorname:

Name:

Adresse:

PLZ, Ort:

Telefon privat /mobil:

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:

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 die Schadenfallbearbeitung erforderlichen Daten am Schadenfall beteiligte Dritte übermitteln kann.

Ort/Datum: Unterschrift der versicherten Person/des gesetzlichen Vertreters: