

Unfall-Anzeige

(Vom Mitglied bzw. Gesetzlichen Vertreter auszufüllen) Wir bitten Sie, alle zutreffenden Fragen genau und vollständig zu beantworten (keine Striche!) und uns die Unfallanzeige umgehend zuzustellen. Bei Leistungspflicht Dritter ist die Krankenkasse erst in zweiter Linie leistungspflichtig.

1. Verletzte Person

Name, Vorname

Geb.-Datum

Versicherten-Nr.:

Adresse

Telefon (gut erreichbar)

E-Mail-Adresse

Beruf

Name und Adresse des Arbeitgebers

Arbeitszeit

Tage je Woche

Stunden je Woche

Wenn arbeitslos:

- Wann und bei wem waren Sie letztmals angestellt?

- Durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche?

weniger als 8 Std

| 8 Std. und mehr

- Bezogen Sie seither Taggeld der Arbeitslosenversicherung

| ja, vom _____

bis _____

| nein

2. Unfallhergang

Unfalldatum

Zeit

Ort

Genaue Beschreibung des Unfallhergangs (kurze Schilderung, eventuell Skizze)

Hat eine Drittperson Verschulden am Unfall?
(Für Verkehrsunfälle siehe zusätzliche Fragen)

| ja

| nein

Name, Adresse und Tel.-Nr. der Drittperson

Name und Adresse ihrer/seiner Haftpflichtversicherung

Zeugen (Name, Adresse, Tel.-Nr.)

Wurde ein Polizeirapport erstellt?

| ja

| nein

Von welcher Amtsstelle?

Bei Sportunfällen: Name des Vereins?

3. Verletzungen

Art der Verletzungen/Beschwerden
(genaue Bezeichnung, Körperteil usw.)

Behandlungsbeginn / Datum

Erstbehandelnder Arzt (Adresse)

Weiterbehandlung durch

Sind Sie arbeitsunfähig?

ja nein

100% ab _____

% ab _____

4. Andere Versicherungen

Durch welche der nachstehend aufgeführten Versicherungen sind Sie obligatorisch und/oder zusätzlich gegen Unfall versichert und in welchem Umfang? Bitte Zutreffendes genau ausfüllen. Besteht keine andere Unfallversicherung, ist in jedem Feld „nein“ anzukreuzen.

Versicherung	Versicherungsträger	Heilungskostendeckung z. B. voll oder in Ergänzung zur KK	Sind Sie gegen Lohnausfall versichert?
Oblig. Unfallversicherung des Arbeitgebers <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name: Agentur: Policen-Nr.:		
Zusatz-/Ergänzungsversicherung zur oblig. Unfallversicherung des Arbeitgebers <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name: Agentur: Policen-Nr.:		
Private Unfallversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name: Agentur: Policen-Nr.:		
Andere Versicherungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name: Agentur: Policen-Nr.:		
Haben Sie ein Schadenabkommen getroffen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name: Agentur: Policen-Nr.:		
Erhalten Sie eine Rente der Eidg. IV-Vers., der SUVA, UVG, MV oder Privatversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name: Agentur: Policen-Nr.:		

5. Zusätzliche Fragen

	Von Ihnen benütztes Fahrzeug	Kollisionsfahrzeug
Art (z. B. Velo, Mofa, Auto) und Polizeinummer		
Halter (Eigentümer) Name, Adresse, Tel.-Nr.		
Lenker: Name, Adresse, Tel.-Nr.		
Haftpflichtversicherung		
Insassenversicherung		

Der/die Unterzeichnete erklärt, alle Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben und ermächtigt die KRANKENKASSE SLKK und SLKK VERSICHERUNGEN zur Einsichtnahme sämtliche den Unfall betreffenden Akten (z.B. Medizinische Unterlagen, Akten der SUVA, der MV und des privaten Unfallversicherers, amtliche Akten) und nimmt davon Kenntnis, dass die SLKK ihre Ansprüche gegenüber Dritten, bzw. seiner Haftpflichtversicherung geltend machen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters: