

Unfallmeldung

Wir bitten Sie, die Fragen vollständig zu beantworten und uns das Formular innerhalb von zehn Tagen unterzeichnet zurückzusenden.

Versicherte Person

Name:	Versicherten-Nr.:
Vorname:	GS/AG-Nr.:
Strasse:	
PLZ/Ort:	Telefon P:
Geburtsdatum:	Telefon G:

Weitere Angaben zur verletzten Person

Sind Sie berufstätig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Sind Sie Selbstständig erwerbend? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wöchentliche Arbeitszeit: <input type="checkbox"/> weniger als 8 Stunden		<input type="checkbox"/> mehr als 8 Stunden	
Arbeitgeber (Wenn arbeitslos bitte letzten Arbeitgeber eintragen):	Erhalten Sie Arbeitslosenentschädigung?		
.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
.....	Falls arbeitslos, Datum des letzten Arbeitstages:		
.....		

Unfallhergang

Unfalldatum: Tag..... Monat..... Jahr..... Uhrzeit.....
Der Unfall ereignete sich <input type="checkbox"/> Auf dem Arbeitsweg <input type="checkbox"/> Bei der Arbeit <input type="checkbox"/> In der Freizeit
Unfallort:
Genaue Beschreibung des Unfalles: (Tätigkeit zur Zeit des Unfalles, Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte; Fahrzeuge, Stoffe)
.....
.....
.....
Hat eine Drittperson Verschulden am Unfall? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, Adresse der haftpflichtigen Person:
.....
.....

Wurde ein Polizeirapport aufgenommen? Ja Nein
 Wenn ja, Adresse der zuständigen Amtsstelle:

Verletzungen

Art der Schädigung:	Betroffener Körperteil: <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Erstbehandelnder Arzt / Zahnarzt / Spital:	Nachbehandelnder Arzt / Zahnarzt / Spital:
Sind/waren Sie arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja: zu % ab bis	

Andere Versicherungen

Durch welche der nachstehenden aufgeführten Versicherungen sind Sie obligatorische und/oder zusätzlich gegen Unfall versichert und in welchem Umfang? Bitte zutreffendes ausfüllen. Bestehen keine anderen Versicherungen, ist in jedem Fall „Nein“ anzukreuzen.

Versicherung	Versicherungsträger	Versicherungsdeckung
Obligatorische Unfallversicherung Arbeitgebers? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name: Schaden Nr.	gemäss UVG
Zusatzversicherung zur obligatorischen Unfallversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name, Agentur: Policen-Nr.	Welche Heilungskosten- deckung besteht?
Private Unfallversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name, Agentur: Policen-Nr.	Heilungskostendeckung? <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> in Ergänzung zur Krankenversicherung <input type="checkbox"/> keine
Anderweitige Taggeldversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name, Agentur: Policen-Nr.	Wartefrist: Tage Fr./Tag % des Lohnes

Erhalten Sie eine Rente der eidgenössischen Invalidenversicherung, SUVA, UVG, MV oder Privatversicherung? Ja Nein

Wenn ja, von welcher Versicherung:

.....

Seit wann? Invaliditätsgrad:%

Der Unterzeichnete bescheinigt hiermit, die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben und ermächtigt *innova*, bei allen Medizinal- und medizinisch-therapeutischen Personen, bei allen amtlichen Stellen, bei allen anderen Versicherungsgesellschaften sowie beim Arbeitgeber die zur Beurteilung der Leistungspflicht notwendigen Auskünfte einzuholen und befreit diese ausdrücklich vom Berufsgeheimnis und der Schweigepflicht gegenüber *innova*.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person oder des
gesetzlichen Vertreters

--	--