

Unfallmeldung ab dem 16. Altersjahr

Name Vorname Geburtsdatum
Strasse Nr. PLZ Ort Versicherten-Nr.

Wie können wir Sie bei Rückfragen am besten erreichen?

Telefon E-Mail

Unfallübersicht

- 1 a) Bei welchem Arbeitgeber waren Sie zum Unfallzeitpunkt angestellt?
(Bei Selbstständigen:
Firmenadresse und Rechtsform)
- b) Anzahl Stunden pro Woche? 8 Stunden und mehr Weniger als 8 Stunden
- 2 a) Wenn Sie in keinem Angestelltenverhältnis waren: Was ist der Grund?
 Selbstständig Nicht erwerbstätig IV-Rentner/-in
 Hausfrau/-mann Rentner/-in Anderes:
- b) Letzter Arbeitgeber vor dem Unfallereignis?
- Bei diesem Arbeitgeber angestellt vom bis
- 3 Beziehen/Bezogen Sie Arbeitslosenunterstützung? Ja Nein vom bis

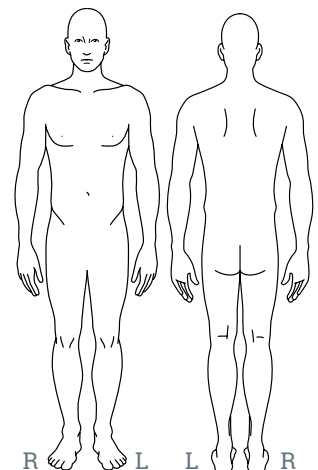
Unfalldetails

- 4 Wann hat sich der Unfall ereignet? Datum Uhrzeit Ort
- 5 Geschah der Unfall auf dem Weg vom/zum Arbeitsplatz? Ja Nein
Geschah der Unfall während der Arbeit? Ja Nein
- 6 Genauere Beschreibung des Unfallhergangs
(Ort, Witterung, beteiligte Personen,
Fahrzeuge, Maschinen, Tiere)
- 7 Augenzeugen und deren Adressen

Behandlung

- 8 Erstbehandlung durch Arzt/Spital (Adresse)
Datum
- 9 Wer führt die Behandlung weiter? (Adresse)
Datum
- 10 Art der Verletzung?
 Verstauchung Bänderriss
 Bruch Meniskus
 Quetschung Schnittwunde
 Prellung Schleudertrauma
 Zerrung Zahnschaden
- (genauere Bezeichnung,
Körperteil, Zahn usw.)

Kennzeichnen Sie das verletzte Körperteil



Bitte beachten Sie die Rückseite

Beteiligte

11 a) War eine andere Person schuld am Unfall?

Nein

Ja, Name / Vorname und Adresse

b) Hat die beteiligte Person eine Haftpflichtversicherung? (Für Verkehrsunfälle siehe zusätzliche Fragen unter Punkt 15)

Nein

Ja, Name und Adresse der Haftpflichtversicherung

Police- / Schaden-Nr.

12 Wurde ein Polizeirapport erstellt?

Nein

Ja, von welcher Amtsstelle (Name und Adresse)

Versicherungsdetails

13 Sind Sie über den Arbeitgeber unfallversichert?

Nein

Ja, Name und Adresse der Versicherung

Police- / Schaden-Nr.

14 Besteht für dieses Ereignis eine andere Versicherung? Ja Nein
Unfall bereits gemeldet? Ja Nein

Nein

Ja, Name und Adresse der Versicherung

Police- / Schaden-Nr.

Art der Versicherung

Verkehrsunfälle

15 Von Ihnen benütztes Fahrzeug

Mofa / Fahrrad Personenauto Motorrad

Kollisionsfahrzeug

Mofa / Fahrrad Personenauto Motorrad

Halter

Halter

Lenker

Lenker

Kontrollschild

Kontrollschild

Haftpflichtversicherung

Haftpflichtversicherung

Insassenversicherung

16 Ermächtigung / Unterschrift

Der / die Unterzeichnete erklärt, alle Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben, ermächtigt die EGK zur Einsichtnahme in sämtliche den Unfall betreffenden Akten (z. B. medizinische Unterlagen, Akten anderer Versicherer), tritt der EGK seinen allfälligen Haftpflichtanspruch aus obgenanntem Unfall bis zur Höhe der von ihr erbrachten Leistungen ab und nimmt davon Kenntnis, dass die EGK ihre Ansprüche gegenüber Dritten bzw. deren Haftpflichtversicherung geltend machen kann.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten/
gesetzlichen Vertreters