

# Unfallmeldung

## Versicherte Person

Name, Vorname	
Geburtsdatum	E-Mail
Versicherten-Nr.	Fall-Nr. (ID)
Telefon (häufigste Erreichbarkeit)	
Beruf	

## Unfalldetails

<b>1</b> Unfalldatum	<b>2</b> Unfallzeit	
<b>3</b> Unfallort		
<b>4</b> Unfallhergang		
<b>5</b> Waren Sie zum Unfallzeitpunkt in einem Anstellungsverhältnis?	<input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/> Lernender <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Nicht erwerbstätig	
<b>6</b> Beziehen Sie oder bezogen Sie Arbeitslosenunterstützung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Zeitraum vom _____ bis _____	
<b>7</b> Der Unfall ereignete sich	<input type="checkbox"/> Auf dem Arbeitsweg <input type="checkbox"/> Auf der Arbeit <input type="checkbox"/> Ausserhalb der Arbeit/in der Freizeit	
<b>8</b> Arbeitsstunden pro Woche		
<b>9</b> Bei diesem Arbeitgeber angestellt	vom _____ bis _____	
<b>10</b> War eine Drittperson am Unfall beteiligt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name, Vorname, Adresse, PLZ, Ort	
<b>11</b> Wurde ein Polizeirapport erstellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Durch welche Polizeistelle/Name des Polizisten?	
<b>12</b> Zusätzliche Fragen bei Verkehrsunfällen: Fahrzeugart (z. B. Velo, Mofa, PW)	Von Ihnen benütztes Fahrzeug	Kollisionsfahrzeug
Kontrollschild		
Halter		
Lenker		
Haftpflichtversicherung		
Insassenversicherung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Fortsetzung nächste Seite

Name, Vorname  
Geburtsdatum  
Versicherten-Nr.

E-Mail  
Fall-Nr. (ID)

### Verletzung

13 Betroffener Körperteil 14 Art der Verletzung  links  rechts

15 Erstbehandelnder Arzt/Spital

16 Datum der Behandlung

### Versicherung

17 Besteht eine anderweitige Versicherung?  Ja  Nein

Art der Versicherung

- Abrediversicherung
- Private Unfallversicherung
- Unfallversicherung nach UVG

Name der Versicherung

18 Versicherungsdeckung für  
Behandlungen (Heilungskosten)

- Allg. Spitalabteilung
- Halbprivate Spitalabteilung
- Private Spitalabteilung
- In Ergänzung zur Krankenversicherung

### Ermächtigung/Unterschrift

Ich bestätige hiermit, die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Mit meiner Unterschrift entbinde ich Spitäler, Ärzte sowie medizinisches Personal, Behörden, Amtstellen und andere Versicherungsgesellschaften von ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht gegenüber dem im Briefkopf aufgeführten Versicherer und gegenüber Helsana Zusatzversicherungen AG und ermächtige sie, die im Zusammenhang mit dem Unfall erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Zudem ermächtige ich den im Briefkopf aufgeführten Versicherer und Helsana Zusatzversicherungen AG, die für die Regressforderung massgebenden Unterlagen an die beteiligten Haftpflichtversicherungen bzw. haftpflichtigen Dritten auszuhändigen.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

X