

## Unfallmeldung Einzelunfall / Kinderunfall / Kollektivunfall (VVG)

|                                  |               |
|----------------------------------|---------------|
| <b>Versicherte Person</b>        | Police-Nr.    |
| Geburtsdatum                     | Name, Vorname |
| Telefon häufigste Erreichbarkeit | Adresse       |
|                                  | E-Mail        |

### Unfallübersicht

|          |  |   |   |
|----------|--|---|---|
| <b>1</b> | Wann hat sich der Unfall ereignet?                                     | Datum   | Uhrzeit                                     |
| <b>2</b> | a) Bei welchem Arbeitgeber waren Sie zum Unfallzeitpunkt angestellt?   |   |   |
|          | b) Anzahl Stunden pro Woche?   |   |   |
| <b>3</b> | a) Wenn Sie in keinem Angestelltenverhältnis waren: Was ist der Grund? | <input type="checkbox"/> selbständig                  | <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig |
|          |  | <input type="checkbox"/> Lehrling                     | <input type="checkbox"/> Praktikant/in      |
|          | b) Letzter Arbeitgeber vor dem Unfallereignis?                         | Name und Adresse                                      |   |
|          |  | Bei diesem Arbeitgeber angestellt vom _____ bis _____ |   |
| <b>4</b> | Beziehen/bezogen Sie Arbeitslosenunterstützung?                        | <input type="checkbox"/> Nein                         |   |
|          |  | <input type="checkbox"/> Ja, Zeitraum                 | vom _____ bis _____                         |

### Unfalldetails

|           |   |                               |  |
|-----------|---|-------------------------------|--|
| <b>5</b>  | Geschah der Unfall auf dem Weg vom/zum Arbeitsplatz?  | <input type="checkbox"/> Nein |  |
|           |   | <input type="checkbox"/> Ja   |  |
| <b>6</b>  | a) Genaue Beschreibung des Unfallhergangs (Witterung, beteiligte Personen, Fahrzeuge, Maschinen, Tiere) |                               |  |
|           | b) Genauer Unfallort  |                               |  |
| <b>7</b>  | Augenzeugen und deren Adressen  |                               |  |
| <b>8</b>  | a) Verletztes Körperteil (genaue Bezeichnung, Körperteil, Zahn usw.)                                    |                               |  |
|           | b) Wurde der Schmerz durch eine unkontrollierte oder ruckartige Bewegung ausgelöst?                     | <input type="checkbox"/> Nein |  |
|           |   | <input type="checkbox"/> Ja   |  |
|           | c) Sind die Beschwerden unmittelbar nach dem Ereignis aufgetreten?                                      | <input type="checkbox"/> Nein |  |
|           |   | <input type="checkbox"/> Ja   |  |
| <b>9</b>  | Erste Hilfe durch Arzt/Spital?  | Dr.                           |  |
|           | Wer führt die Behandlung weiter?  | Dr.                           |  |
| <b>10</b> | Beginn der Behandlung?  |                               |  |
| <b>11</b> | Besteht/bestand eine Arbeitsunfähigkeit?  | vom _____ bis _____           | <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise |

### Beteiligte

|           |  |   |
|-----------|--|---|
| <b>12</b> | a) Wer war am Unfall beteiligt?  | Name, Vorname   |
|           |  | Adresse   |
|           | b) Hat die beteiligte Person eine Haftpflichtversicherung abgeschlossen? | <input type="checkbox"/> Nein   |
|           | (Für Verkehrsunfälle siehe zusätzliche Fragen unter Punkt 17)            | <input type="checkbox"/> Ja, Name und Adresse der Haftpflichtversicherung |
|           |  | Police-/oder Schaden-Nr.  |

---

**Versicherte Person**

Geburtsdatum

Police-Nr.

Name, Vorname

---

---

**Beteiligte** Fortsetzung

- 13 Wurde ein Polizeirapport erstellt?  Nein  
 Ja, von welcher Amtsstelle (Name und Adresse)?

---

**Versicherungsdetails**

- 14 a) Obligatorische Unfallversicherung des Arbeitgebers?  Nein  
 Ja, Name und Adresse des Versicherungsträger  
(z. B. SUVA)

Police-/oder Schaden-Nr.

---

- b) Zusatz-/und Ergänzungsversicherung zur obligatorischen Unfallversicherung des Arbeitgebers?  Nein  
 Ja, Name und Adresse des Versicherungsträger

Police-/oder Schaden-Nr.

---

Deckung

---

- 15 a) Besteht eine andere Unfall- oder Abredevversicherung?  Nein  
 Ja, Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(Private Unfallversicherung)

Name und Adresse des Versicherungsträger

---

- b) Deckung für Heilungskosten?  
(Eventuell im Nachgang zur Krankenversicherung)

Police-/oder Schaden-Nr.

---

Deckung

---

- c) Such-, Bergungs- oder Rückführungskosten?  
ETI-Schutzbrief TCS / Kreditkarten?

Deckung

---

- 16 Haben Sie den Unfall bereits einer anderen Versicherung gemeldet?  Nein  
 Ja, Name und Adresse des Versicherungsträger

Police-/oder Schaden-Nr.

---

Deckung

---

---

**Verkehrsunfälle****17 Von Ihnen benütztes Fahrzeug**

- 
- Mofa/Fahrrad
- 
- Personauto
- 
- Motorrad

Halter

---

Lenker

---

Kontrollschild

---

Haftpflichtversicherung

---

Insassenversicherung

---

**Kollisionsfahrzeug**

- 
- Mofa/Fahrrad
- 
- Personauto
- 
- Motorrad

Halter

---

Lenker

---

Kontrollschild

---

Haftpflichtversicherung

---

Insassenversicherung

---

---

**Ermächtigung / Unterschrift**

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

---

Für Rückerstattungsgesuche von bereits bezahlten Rechnungen bitten wir Sie, die Originalbelege beizulegen und nachfolgend die Zahladresse (Post- / Bankkonto) sowie den Kontoinhaber anzugeben.

Kontoinhaber

Post- / Bankkonto-Nr.

---