

## Unfallmeldung

### Versicherte Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versicherten-Nr.

Telefon (häufigste Erreichbarkeit)

Beruf

E-Mail

Fall-Nr. (ID)

### Unfalldetails

1 Unfalldatum

2 Unfallzeit

3 Unfallort

4 Unfallhergang

5 Waren Sie zum Unfallzeitpunkt in einem Anstellungsverhältnis?

- Angestellt  
 Lernender  
 Selbstständig  
 Nicht erwerbstätig

6 Beziehen Sie oder bezogen Sie Arbeitslosenunterstützung?

- Nein  
 Ja, Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

7 Der Unfall ereignete sich

- Auf dem Arbeitsweg  
 Auf der Arbeit  
 Ausserhalb der Arbeit/in der Freizeit

8 Arbeitsstunden pro Woche

9 Bei diesem Arbeitgeber angestellt

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

10 War eine Drittperson am Unfall beteiligt?  Ja  Nein

Name, Vorname, Adresse, PLZ, Ort

11 Wurde ein Polizeirapport erstellt?  Ja  Nein

Durch welche Polizeistelle/Name des Polizisten?

12 Zusätzliche Fragen bei Verkehrsunfällen:  
Fahrzeugart (z. B. Velo, Mofa, PW)

Von Ihnen benütztes Fahrzeug

Kollisionsfahrzeug

Kontrollschild

Halter

Lenker

Haftpflichtversicherung

Insassenversicherung

Ja  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