

# Unfallanzeige

## Grundversicherung (KVG) und Zusatzversicherungen (VVG)

Dieses Formular ist durch die versicherte Person, beziehungsweise deren gesetzlichen Vertreter auszufüllen. Alle zutreffenden Fragen sind vollständig zu beantworten und das Formular umgehend unterzeichnet an die am Schluss des Dokumentes aufgeführte Adresse zu senden. Vielen Dank.

Kundennummer

### 1 Allgemeine Auskünfte

#### 1.1 Versicherte Person

Vorname	Name	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Strasse, Nr.	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### 1.2 Kontakt

Telefon Privat	Mobile	Telefon Geschäft
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Um welche Zeit können wir Sie am besten erreichen?	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wo? <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Geschäft	

Kontaktperson bei Rückfragen

#### 1.3 Arbeitgeber zum Zeitpunkt des Unfalls

Name des Arbeitgebers

Strasse, Nr.	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### 1.4 Arbeitszeit der versicherten Person

Anzahl Stunden pro Woche

#### 1.5 Wenn arbeitslos, bei wem haben Sie letztmals gearbeitet?

Name des Arbeitgebers

Strasse, Nr.	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datum	Bezogen Sie seither Taggeld der Arbeitslosenversicherung?
von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von <input type="text"/> bis <input type="text"/>

## 2 Unfallhergang

### 2.1 Unfall

Datum

Zeit

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ort

Land

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Der Unfall ereignete sich  auf dem Arbeitsweg  bei der Arbeit  in der Freizeit

### 2.2 Genaue Beschreibung des Unfallherganges

<input type="text"/>
----------------------

### 2.3 Wurde ein Polizeirapport erstellt?

Nein  Ja, von welcher Amtsstelle

<input type="text"/>
----------------------

### 2.4 War eine Drittperson am Unfall beteiligt?

Nein  Ja ▶ Für Verkehrsunfälle siehe zusätzliche Fragen unter Punkt 5

### 2.5 Name, Adresse und Tel.-Nr. der Drittperson

Vorname

Name

Telefon

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

### 2.6 Name und Adresse der Haftpflichtversicherung der Drittperson

Name der Haftpflichtversicherung

<input type="text"/>
----------------------

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

### 2.7 1. Zeuge

Vorname

Name

Telefon

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

### 2.8 2. Zeuge

Vorname

Name

Telefon

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

### 3 Verletzungen

#### 3.1 Art der Verletzungen

Genauere Bezeichnung, betroffene Körperteile

#### 3.2 Behandlungsbeginn

Datum

#### 3.3 Erstbehandelnder Arzt/Zahnarzt/Spital

Vorname

Name

Telefon

Spital

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

#### 3.4 Weiterbehandlung durch

Vorname

Name

Telefon

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

#### 3.5 Sind Sie arbeitsunfähig?

Nein

Ja,

% ab

% ab

### 4 Andere Versicherungen

#### 4.1 Obligatorische Unfallversicherung des Arbeitgebers zum Zeitpunkt des Unfalls

 Ja Nein

Wenn Ja, welche Versicherungsgesellschaft?

Name der Versicherungsgesellschaft

Unfall-/Schaden-Nr.

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

#### 4.2 Private Unfallversicherung/Andere Versicherungen/Schutzbriefe

 Ja Nein

Wenn Ja, welche Versicherungsgesellschaft?

Name der Versicherungsgesellschaft

Policen-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

#### 4.3 Erhalten Sie eine Rente der IV, SUVA, UVG, MV oder Privatversicherung?

 Ja Nein

Wenn Ja, von welcher Versicherungsgesellschaft?

Name der Versicherungsgesellschaft

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Seit wann

Invalidität

 Nein Ja,

%

## 5 Zusätzliche Fragen bei Verkehrsunfällen

### 5.1 Art (z.B. Velo/Mofa/Auto)

Von Ihnen benutztes Fahrzeug

Fahrzeug der Drittperson

### 5.2 Halter (Eigentümer) des von Ihnen benutzten Fahrzeuges

Vorname

Name

Telefon

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

### 5.3 Halter (Eigentümer) des Fahrzeuges der Drittperson

Vorname

Name

Telefon

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

### 5.4 Lenker des von Ihnen benutzten Fahrzeuges

Vorname

Name

Telefon

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

### 5.5 Lenker des Fahrzeuges der Drittperson

Vorname

Name

Telefon

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

### 5.6 Haftpflichtversicherung des Lenkers des von Ihnen benutzten Fahrzeuges

Name der Versicherungsgesellschaft

Policen-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

### 5.7 Haftpflichtversicherung des Lenkers des Fahrzeuges der Drittperson

Name der Versicherungsgesellschaft

Policen-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

### 5.8 Insassenversicherung des Lenkers des von Ihnen benutzten Fahrzeuges

Name der Versicherungsgesellschaft

Policen-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

### 5.9 Insassenversicherung des Lenkers des Fahrzeuges der Drittperson

Name der Versicherungsgesellschaft

Policen-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

## Bemerkungen

Die unterzeichnende Person erklärt, alle Fragen auf allen Seiten wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben.

Die unterzeichnende Person tritt der Sanagate AG ihren allfälligen Haftpflichtanspruch aus obgenanntem Unfall bis zur Höhe der von ihr erbrachten Leistungen ab und nimmt davon Kenntnis, dass die Sanagate AG ihre Ansprüche gegenüber Dritten geltend machen kann.

Mit der Unterzeichnung der Unfallanzeige wird die Sanagate AG ermächtigt, jederzeit gegenüber Ärzten, anderen Leistungserbringern, Sozial- und Privatversicherern und Behörden resp. ihren Gesellschafts- und Vertrauensärzten unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes Auskünfte zu erteilen bzw. bei diesen Stellen die erforderlichen Auskünfte einzuholen, die zur Beurteilung des Versicherungsschutzes notwendig sind. Die involvierten Stellen sind in diesen Fällen gegenüber der Sanagate AG von ihrer Schweigepflicht und ihrem Berufsgeheimnis befreit.

Die unterzeichnende Person hat das Recht, über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten Auskunft zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Rechtsträger für Grundversicherung (KVG): Sanagate AG, Rechtsträger für Zusatzversicherungen (VVG): CSS Versicherung AG

Ort

Datum

--	--

Unterschrift der versicherten Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter

--