

Ihre Adresse:

## Unfallanzeige

(Vom Mitglied bzw. Gesetzlichen Vertreter auszufüllen) Wir bitten Sie, alle zutreffenden Fragen genau und vollständig zu beantworten (keine Striche) und uns die Unfallanzeige umgehend zuzustellen. Bei Leistungspflicht Dritter ist die Krankenkasse erst in zweiter Linie leistungspflichtig.

### 1. Verletzte Person

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Versicherten-Nr.:

Adresse:

Telefon (gut erreichbar):

E-Mail:

Beruf:

Name und Adresse des Arbeitgebers:

Arbeitszeit:

Tage je Woche:

Stunden je Woche:

#### Wenn arbeitslos:

Wann und bei wem waren Sie letztmals angestellt?

Durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche?

weniger als 8 Std

8 Std. und mehr

Bezogen Sie seither Taggeld  
der Arbeitslosenversicherung

ja, vom  
nein

bis

### 2. Angaben zum Unfall

Unfalldatum:

Zeit:

Unfallort (Strasse und Ort):

Unfallhergang:

Art der Verletzung:

Betroffener Körperteil:

Seite (des Körperteils):	links	rechts
Namen weiterer beteiligter Personen:		
Beteiligte Gegenstände (z.B. Fahrzeug):		
Ist eine Unfallaufnahme durch die Polizei erfolgt?	ja	nein
unbekannt		
<b>Erstbehandlung:</b>		
Arzt / Spital und Ortsangabe:		
<b>Besteht noch eine andere Unfallversicherung:</b>		
ja	Name und Police der Versicherung:	nein

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

### 3. Angaben für Patienten in einem Lehrverhältnis

(Bitte Unfallmeldung beim Arbeitgeber verlangen und ausfüllen)

Beruf:	Angestellt seit:
Arbeitgeber:	

### 4. Andere Versicherungen

Durch welche der nachstehend aufgeführten Versicherungen sind Sie obligatorisch und/oder zusätzlich gegen Unfall versichert und in welchem Umfang? Bitte Zutreffendes genau ausfüllen. Besteht keine andere Unfallversicherung, ist in jedem Feld «nein» anzukreuzen.

Versicherung	Versicherungsträger	Heilungskostendeckung z.B. voll oder in Ergänzung zur KK	Sind Sie gegen Lohnausfall versichert?
Oblig. Unfallversicherung des Arbeitgebers: ja                      nein	Name: Agentur: Policen-Nr.:		
Zusatz-/Ergänzungs- versicherung zur oblig. Unfallversicherung des Arbeitgebers: ja                      nein	Name: Agentur: Policen-Nr.:		
Private Unfallversicherung: ja                      nein	Name: Agentur: Policen-Nr.:		
Andere Versicherungen: ja                      nein	Name: Agentur: Policen-Nr.:		

Versicherung	Versicherungsträger	Heilungskostendeckung z.B. voll oder in Ergänzung zur KK	Sind Sie gegen Lohnausfall versichert?
--------------	---------------------	--	---

Haben Sie ein Schaden-  
abkommen getroffen?:  
ja                      nein

Name:  
Agentur:  
Policen-Nr.:

Erhalten Sie eine Rente  
der Eidg. IV-Vers., der  
SUVA, UVG, MV oder  
Privatversicherung  
ja                      nein

Name:  
Agentur:  
Policen-Nr.:

## 5. Zusätzliche Fragen bei einem Verkehrsunfall

Von Ihnen benütztes Fahrzeug

Kollisionsfahrzeug

Art (z. B. Velo, Mofa, Auto) und  
Polizeinummer

Halter (Eigentümer) Name, Adresse,  
Tel.-Nr.

Lenker: Name, Adresse, Tel.-Nr.

Haftpflichtversicherung

Insassenversicherung

Der/die Unterzeichnete erklärt, alle Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben und ermächtigt die Krankenkasse SLKK und SLKK Versicherungen zur Einsichtnahme sämtliche den Unfall betreffenden Akten (z.B. Medizinische Unterlagen, Akten der SUVA, der MV und des privaten Unfallversicherers, amtliche Akten) und nimmt davon Kenntnis, dass die SLKK ihre Ansprüche gegenüber Dritten, bzw. seiner Haftpflichtversicherung geltend machen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters: