

(GS-Stempel)
GS-Nr. _____
Berater-Nr. _____

Unfallmeldung

Wir bitten Sie die Fragen vollständig zu beantworten und uns das Formular unterzeichnet zurückzusenden.

Versicherte Person

Versicherungs-Nr.	Name, Vorname
	Geburtsdatum Zivilstand

1 Wann hat sich der Unfall ereignet?	Datum	Uhrzeit
--------------------------------------	-------	---------

2 Sind Sie berufstätig?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Std./Woche
	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/in
	Name und Adresse des jetzigen/letzten Arbeitgebers		

Beziehen/bezogen Sie Arbeitslosenunterstützung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Bei diesem Arbeitgeber angestellt vom _____ bis _____ vom _____ bis _____
---	-------------------------------	-----------------------------	--

3 Wo hat sich der Unfall ereignet? <small>(Genauere Angabe des Unfallortes)</small>	_____

4 Geschah der Unfall auf dem Weg vom/zum Arbeitsplatz oder Schule?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
--	-------------------------------	-----------------------------

5 Genaue Beschreibung des Unfallhergangs <small>(Witterung, beteiligte Personen, Fahrzeuge, Maschinen, Tiere)</small>	_____

6 Augenzeugen und deren Adressen	_____

7 Welcher Arzt/welches Spital hat Erste Hilfe geleistet?	Dr. _____
--	-----------

Welcher Arzt/welches Spital führt die Behandlung weiter?	Dr. _____
--	-----------

8 Art der Verletzung? <small>(genaue Bezeichnung, Körperteil, Zahn usw.)</small>	_____
---	-------

9 Beginn der Behandlung	_____
-------------------------	-------

10 Besteht Arbeitsunfähigkeit?	vom _____	bis _____	<input type="checkbox"/> ganz	<input type="checkbox"/> teilweise
--------------------------------	-----------	-----------	-------------------------------	------------------------------------

11 Wer war am Unfall beteiligt?	Name, Vorname
	Adresse

12 Hat eine Drittperson Verschulden am Unfall? <small>(Für Verkehrsunfälle siehe zusätzliche Fragen)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Police-Nr. _____	Schaden-Nr. _____
	Name, Agentur der Haftpflichtversicherung	

13 Worin besteht das Verschulden?

14 Wurde ein Polizeirapport erstellt?

Nein Ja, von welcher Amtsstelle?

15 Obligatorische Unfallversicherung des Arbeitgebers? (z.B. SUVA)

Nein Ja, Versicherungsträger

Zusatz- / und Ergänzungsversicherung zur obligatorischen Unfallversicherung des Arbeitgebers?

Nein Ja, Police-Nr. Agentur
Deckung

16 Besteht eine andere Unfall- oder Abredeversicherung?

Nein Ja, Name, Agentur der Versicherungsgesellschaft

(Schule, Verein, Private Unfallversicherung)

a) Deckung für Heilungskosten? Wie? (Eventuell im Nachgang zur Krankenversicherung)

Police-Nr. Schaden-Nr.

b) Deckung für Such-, Bergungs- oder Rückführungskosten?

ETI-Schutzbrief TCS/Kreditkarten?

c) Deckung für Taggeld/Lohnausfall? Wieviel?

17 Haben Sie den Unfall bereits einer anderen Versicherung gemeldet?

Nein Ja, bei welcher Schaden-Nr.

18 Ist Ihnen bereits eine Entschädigung zugesprochen worden? (Heilungskosten/Taggeld)

Nein Ja, von wem und wieviel

19 Haben Sie ein Abkommen getroffen?

Nein Ja, mit wem

Wie lautet es? _____

20 Erhalten Sie bereits eine Rente, Taggelder oder eine andere Entschädigung, welche die Lohnfortzahlung ersetzt? (z.B. Invaliden-, Militär-, Arbeitslosen-, Unfallversicherung, Krankenversicherung)

21 Nur bei Motorfahrzeugunfällen

Von Ihnen benutztes Fahrzeug

Kollisionsfahrzeug

Motorrad bis 50 cm³ Personenauto
 Motorrad über 50 cm³

Motorrad bis 50 cm³ Personenauto
 Motorrad über 50 cm³

Halter

Halter

Lenker

Lenker

Kontrollschild

Kontrollschild

Haftpflichtversicherung

Haftpflichtversicherung

Insassenversicherung

Insassenversicherung

Der unterzeichnende Versicherte, bzw. sein gesetzlicher Vertreter, erklärt hiermit, die obigen Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Er ermächtigt die Kolping Krankenkasse AG bei anderen Versicherungsträgern, Ärzten, Polizei- und Gerichtsstellen Auskunft einzuholen, und er ermächtigt diese zur Auskunftserteilung. Er ermächtigt die Kolping Krankenkasse AG ausserdem, die für die Regressforderung massgebenden Unterlagen an die beteiligten Haftpflichtversicherungen bzw. haftpflichtigen Dritten auszuhändigen zu dürfen.

Telefon

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters

Wird von der Kolping Krankenkasse AG ausgefüllt

Regress Nein Ja, Datum Visum