

(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
-------------------------	-------------------------------	-----------------------------	------------

(Zum Zeitpunkt des Unfalls)	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> Lehrling	<input type="checkbox"/> Praktikant/in
-----------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	--

Name und Adresse des jetzigen/letzten Arbeitgebers
--

Bei diesem Arbeitgeber angestellt vom		bis
---------------------------------------	--	-----

Beziehen/bezogen Sie Arbeitslosenunterstützung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	vom		bis
---	-------------------------------	-----------------------------	-----	--	-----

3 Wo hat sich der Unfall ereignet? <small>(Genaue 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 Abredevversicherung? 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 _____