

Unfallanzeige

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (KVG) und Zusatzversicherungen (VVG)



Dieses Formular ist durch die versicherte Person, bzw. deren gesetzlichen Vertreter auszufüllen. Sie können das Dokument auch im Internet auf unserer Homepage www.css.ch (Suchbegriff «Schadenanzeige») ausfüllen. Das Formular senden Sie uns bitte so rasch wie möglich an die auf der letzten Seite dieses Formulars aufgeführte Adresse. Ohne Ihre Angaben können wir Ihren Leistungsanspruch leider nicht prüfen. Bitte retournieren Sie das Formular auch dann, wenn kein Unfall vorgefallen ist und notieren Sie dies entsprechend im Feld «Bemerkungen» am Ende des Formulars. Für Kinder unter 15 Jahren brauchen Sie die Fragen 1.2, 1.3, 1.5 und 3.6 nicht zu beantworten. Haben Sie Fragen? Unser Contact Center 0844 277 277 hilft Ihnen gerne weiter. Vielen Dank.

Kundennummer

1 Allgemeine Auskünfte

1.1	Vorname	Name	Geburtsdatum	Strasse, Hausnummer
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	PLZ/Ort	E-Mail	Telefon	Erreichbar um
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.2 Bei welchem Arbeitgeber waren Sie zum Unfallzeitpunkt angestellt?

Name Arbeitgeber	Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort	Anzahl Stunden pro Woche
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.3 Kennen Sie die Unfallversicherung Ihres Arbeitgebers?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name Versicherung	Schadennummer
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.4 Wenn Sie in keinem Arbeitsverhältnis waren: Was ist der Grund?

<input type="checkbox"/> Selbstständig*	<input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann*	<input type="checkbox"/> Rentner/in*	<input type="checkbox"/> Nicht erwerbstätig*	<input type="checkbox"/> Kind
*Ihre letzte Anstellung?	Von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ich war noch nie angestellt	
Name Arbeitgeber	Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

1.5 Beziehen oder bezogen Sie Arbeitslosenunterstützung?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>
---	--------------------------	--------------------------

2 Unfallhergang

2.1 Wann, wo und wie ist der Unfall passiert?

Datum	Zeit		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Unfallort	Land		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Der Unfall ereignete sich	<input type="checkbox"/> Bei der Arbeit	<input type="checkbox"/> Auf dem Arbeitsweg	<input type="checkbox"/> In der Freizeit
Bitte beschreiben Sie den Unfallhergang (Tätigkeit, Witterung, beteiligte Personen, Fahrzeuge, Tiere, Maschinen etc.)			
<input type="text"/>			

2.2 Wurde ein Polizeirapport erstellt?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von welcher Amtsstelle?
	<input type="text"/>

2.3 War eine Drittperson am Unfall beteiligt?

Ja Nein

Vorname/Name

Telefon

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

Name Haftpflichtversicherung der Drittperson

Policennummer/Schadennummer

Haftpflichtversicherung der Drittperson unbekannt

Die Drittperson hat keine Haftpflichtversicherung

2.4 War diese Drittperson am Unfall schuld?

Ja Nein

2.5 Gibt es Zeugen des Unfalls?

Ja Nein

Vorname/Name

Telefon

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

3 Verletzungen

3.1 Welche Verletzung haben Sie erlitten?

Art der Verletzung

Körperteil

Rechts Links

3.2 Sind die Beschwerden sofort nach dem Ereignis aufgetreten?

Ja Nein

3.3 Ist der Schmerz bzw. die Verletzung durch eine unkontrollierte oder ruckartige Bewegung ausgelöst worden?

Ja Nein

Bemerkungen

3.4 Wer hat Sie zuerst behandelt (Arzt / Spital / Zahnarzt)?

Name

PLZ/Ort

3.5 Hat jemand anderes die Behandlung weitergeführt?

Ja Nein

Name

PLZ/Ort

3.6 Sind oder waren Sie aufgrund der Verletzung arbeitsunfähig?

Ja Nein

Grad der Arbeitsunfähigkeit

% von

bis

4 Andere Versicherungen

4.1 Haben Sie noch andere Versicherungen gegen Unfall?

Ja Nein

Zusatzversicherung zur obligatorischen Unfallversicherung

ETI-Schutzbrief TCS

Name Agentur

Policennummer

Name Versicherung

Wenn Ja, bitten wir Sie, eine Kopie Ihrer Police beizulegen.

Bitte beachten Sie: Die folgenden Fragen sind *nur bei Verkehrsunfällen* zu beantworten.

5 Beteiligte Fahrzeuge

5.1 Welche Fahrzeuge sind am Unfall beteiligt gewesen?

Ihr Fahrzeug	<input type="checkbox"/> Velo	<input type="checkbox"/> Mofa	<input type="checkbox"/> Personenauto	<input type="checkbox"/> Anderes	<input type="text"/>
Fahrzeug der Drittperson	<input type="checkbox"/> Velo	<input type="checkbox"/> Mofa	<input type="checkbox"/> Personenauto	<input type="checkbox"/> Anderes	<input type="text"/>

5.2 Wem gehört das Fahrzeug (Halter / Eigentümer)?

Ihr Fahrzeug	Vorname/Name <input type="text"/>	PLZ/Ort <input type="text"/>	Kontrollschild/Marke <input type="text"/>
Fahrzeug der Drittperson	Vorname/Name <input type="text"/>	PLZ/Ort <input type="text"/>	Kontrollschild/Marke <input type="text"/>

5.3 Wer hat das Fahrzeug zum Zeitpunkt des Unfalls gelenkt (Lenker)?

<input type="checkbox"/> Halter, Eigentümer war auch Lenker	Vorname/Name <input type="text"/>	PLZ/Ort <input type="text"/>
---	--------------------------------------	---------------------------------

5.4 Welches ist die Haftpflichtversicherung von Ihnen bzw. der Drittperson?

Ihr Fahrzeug	<input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt	Name Versicherung <input type="text"/>	Policennummer <input type="text"/>
Fahrzeug der Drittperson	<input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt	Name Versicherung <input type="text"/>	Policennummer <input type="text"/>

5.5 Welches ist die Insassenversicherung von Ihnen bzw. der Drittperson?

Ihr Fahrzeug	<input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt	Name Versicherung <input type="text"/>	Policennummer <input type="text"/>
Fahrzeug der Drittperson	<input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt	Name Versicherung <input type="text"/>	Policennummer <input type="text"/>

6 Bemerkungen

Bitte bestätigen Sie die Angaben mit Ihrer Unterschrift. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Die unterzeichnende Person erklärt, alle Fragen dieses Formulars wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben.

Die unterzeichnende Person tritt der CSS Versicherung ihren allfälligen Haftpflichtanspruch aus obgenanntem Unfall bis zur Höhe der von ihr erbrachten Leistungen ab und nimmt davon Kenntnis, dass die CSS Versicherung ihre Ansprüche gegenüber Dritten geltend machen kann. Mit der Unterzeichnung der Unfallanzeige wird die CSS Versicherung 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 CSS Versicherung 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): CSS Kranken-Versicherung AG, INTRAS Kranken-Versicherung AG oder Arcosana AG

*Rechtsträger für Zusatzversicherungen (VVG): CSS Versicherung AG oder INTRAS Versicherung AG

*Ihren Rechtsträger für Grundversicherung (KVG) und Zusatzversicherungen (VVG) entnehmen Sie bitte Ihrer Versicherungspolice.

Ort <input type="text"/>	Datum <input type="text"/>	Unterschrift der versicherten Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter <input type="text"/>
-----------------------------	-------------------------------	--

Anschrift des Versicherers:
CSS Versicherung, Postfach 2550, 6002 Luzern