



UNFALLMELDUNG Visana Gruppe

Ausgestellt am:
Bearbeitet durch:
Direktwahl:

Von der versicherten Person bzw. ihrem gesetzlichen Vertreter auszufüllen. Wir bitten Sie, alle zutreffenden Fragen genau und vollständig zu beantworten (keine Striche!) und uns die Unfallmeldung umgehend zuzustellen.

| | |
|---------------------|-------------------|
| Versicherte Person: | Geburtsdatum: |
| Strasse: | Geschlecht (w/m): |
| PLZ und Ort: | Versicherten-Nr.: |

1. Weitere Angaben zur verletzten Person

1.1 Berufstätig? ja nein angestellt selbstständig Hausfrau/-mann Rentner/in Kind
 Nebenerwerb (Saisonstelle, Teilzeit) Schnupperlehre _____

1.2 Name und Adresse des Arbeitgebers zur Zeit des Unfalls

1.3 Arbeitszeit ? Tage pro Woche _____ Stunden pro Woche _____ berufliche Tätigkeit _____

1.4 Sind Sie arbeitslos? ja nein Wann haben Sie sich beim Arbeitsamt gemeldet? _____

Wenn ja, beziehen Sie Taggelder der Arbeitslosenversicherung? ja nein vom _____ bis _____

Bei wem haben Sie **vor der Arbeitslosigkeit** letztmals gearbeitet? _____

1.5 Ihre Telefon-Nr. für Rückfragen Privat _____ Geschäft _____

2. Unfallhergang

2.1 Unfalldatum _____ Zeit _____ Ort _____

Ereignete sich der Unfall

auf dem Arbeitsweg am Arbeitsplatz in der Freizeit während des Militärdienstes _____

innerhalb von 31 Tagen nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses (Nachdeckung UVG)

2.2 Genaue Beschreibung des Unfallhergangs (kurze Schilderung)

2.3 Hat eine Drittperson Verschulden am Unfall? (Für Verkehrsunfälle siehe zusätzliche Fragen) ja nein

2.4 Name, Adresse und Tel.-Nr. derselben

2.5 Name und Adresse deren Haftpflichtversicherung

2.6 Zeugen (Name, Adresse, Tel.-Nr.)

2.7 Wurde ein Polizeirapport erstellt? ja nein Von welcher Amtsstelle?

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Bitte wenden

Unfallmeldung

| 3. Verletzungen | | |
|--|--------------------------------|---|
| 3.1 Art der Verletzungen (genaue Bezeichnung, Körperteil, Zahn, usw.) | | |
| 3.2 Erstbehandelnder Arzt/Zahnarzt (genaue Adresse) | Weiterbehandlung durch | |
| 3.3 Sind Sie arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 100% ab _____ / _____ % ab _____ | | |
| 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 Versicherung, ist in jedem Feld „nein“ anzukreuzen. | | |
| Versicherung | Versicherungsträger | Versicherungsdeckung |
| 4.1 Obligatorische Unfallversicherung des Arbeitgebers? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Name Schaden-Nr. | Gemäss UVG |
| 4.2 Zusatzversicherung zur obligatorischen Unfallversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Name, Agentur Policen-Nr. | Welche Heilungskostendeckung besteht? |
| 4.3 Private Unfallversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Name, Agentur Policen-Nr. | Heilungskostendeckung? <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> in Ergänzung zur Krankenkasse <input type="checkbox"/> keine |
| 4.4 Schulunfallversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Name, Agentur Policen-Nr. | Heilungskostendeckung? <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> in Ergänzung zur Krankenkasse <input type="checkbox"/> keine |
| 5. Zusätzliche Fragen bei Verkehrsunfällen | | |
| | Von Ihnen benütztes Fahrzeug | Kollisionsfahrzeug |
| 5.1 Fahrzeugart (z.B. Velo, Mofa, PW) + Marke, Typ | | |
| 5.2 Halter (Eigentümer) Name, Adresse | | |
| 5.3 Lenker Name, Adresse | | |
| 5.4 Kontrollschild | | |
| 5.5 Haftpflichtversicherung | Name Agentur Policen-Nr. | |
| 5.6 Insassenversicherung? Wer ist eingeschlossen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Halter <input type="checkbox"/> Lenker <input type="checkbox"/> Mitfahrer | Name Agentur Policen-Nr. | Heilungskostendeckung? <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> in Ergänzung zur Krankenkasse <input type="checkbox"/> keine |

Bemerkungen: _____

Bei Haftpflichtfällen sind Abfindungen, Vergleiche sowie Leistungsverzichtserklärungen dem jeweiligen Versicherer der Visana-Gruppe (Visana AG, sana24 AG, vivacare AG, Visana Versicherungen AG) vor Bezug bzw. Unterzeichnung zu melden. Wird diese Meldepflicht verletzt, verlieren Sie Ihre Leistungsansprüche beim jeweiligen Versicherer.

Gegenüber Dritten, die für den Versicherungsfall haften, tritt der KVG-Versicherer im Zeitpunkt des Ereignisses bis zur Höhe der im Krankenversicherungsgesetz (KVG) vorgeschriebenen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person ein.

Die Visana Versicherungen AG deckt aus der Versicherung nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG) nur den Teil des Schadens, welcher nicht durch haftpflichtige Dritte übernommen werden muss. Hat die Visana Versicherungen AG Leistungen erbracht, welche haftpflichtige Dritte übernehmen müssen, so gehen die Ansprüche der versicherten Person gegenüber den Dritten im Umfang der von der Visana Versicherungen AG erbrachten Leistungen an diese über.

Der/Die Unterzeichnende erklärt, alle Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben, und ermächtigt den Versicherer zur Einsichtnahme in sämtliche den Unfall betreffende Akten (z.B. medizinische Unterlagen, Akten der SUVA, der Militärversicherung und des privaten Unfallversicherers, amtliche Akten).

Ort und Datum:

Unterschrift der versicherten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters:

Bitte senden Sie die Unfallmeldung ausgefüllt und unterzeichnet zurück.