

Unfallmeldung Einzelunfall / Kinderunfall / Kollektivunfall (VVG)

Versicherte Person	Police-Nr.
Geburtsdatum	Name, Vorname
Telefon häufigste Erreichbarkeit	Adresse
	E-Mail

Unfallübersicht

1	Wann hat sich der Unfall ereignet?	Datum	Uhrzeit
2	a) Bei welchem Arbeitgeber waren Sie zum Unfallzeitpunkt angestellt?		
	b) Anzahl Stunden pro Woche?		
3	a) Wenn Sie in keinem Angestelltenverhältnis waren: Was ist der Grund?	selbständig Lehrling	nicht erwerbstätig Praktikant/in
	b) Letzter Arbeitgeber vor dem Unfallereignis?	Name und Adresse	
		Bei diesem Arbeitgeber angestellt vom bis	
4	Beziehen/bezogen Sie Arbeitslosenunterstützung?	Nein Ja, Zeitraum	vom bis

Unfalldetails

5	Geschah der Unfall auf dem Weg vom/zum Arbeitsplatz?	Nein Ja
6	a) Genaue Beschreibung des Unfallhergangs (Witterung, beteiligte Personen, Fahrzeuge, Maschinen, Tiere)	
	b) Genauer Unfallort	
7	Augenzeugen und deren Adressen	
8	a) Verletztes Körperteil (genaue Bezeichnung, Körperteil, Zahn usw.)	
	b) Wurde der Schmerz durch eine unkontrollierte oder ruckartige Bewegung ausgelöst?	Nein Ja
	c) Sind die Beschwerden unmittelbar nach dem Ereignis aufgetreten?	Nein Ja
9	Erste Hilfe durch Arzt/Spital?	Dr.
	Wer führt die Behandlung weiter?	Dr.
10	Beginn der Behandlung?	
11	Besteht/bestand eine Arbeitsunfähigkeit?	vom bis ganz teilweise

Beteiligte

12 a)	Wer war am Unfall beteiligt?	Name, Vorname
		Adresse
	b) Hat die beteiligte Person eine Haftpflichtversicherung abgeschlossen? (Für Verkehrsunfälle siehe zusätzliche Fragen unter Punkt 17)	Nein Ja, Name und Adresse der Haftpflichtversicherung
		Police-/oder Schaden-Nr.

Versicherte Person

Geburtsdatum

Police-Nr.

Name, Vorname

Beteiligte Fortsetzung

13 Wurde ein Polizeirapport erstellt?

Nein

Ja, von welcher Amtsstelle (Name und Adresse)?

Versicherungsdetails

14 a) Obligatorische Unfallversicherung des Arbeitgebers?

(z. B. SUVA)

Nein

Ja, Name und Adresse des Versicherungsträger

Police-/oder Schaden-Nr.

b) Zusatz-/und Ergänzungsversicherung zur obligatorischen Unfallversicherung des Arbeitgebers?

Nein

Ja, Name und Adresse des Versicherungsträger

Police-/oder Schaden-Nr.

Deckung

15 a) Besteht eine andere Unfall- oder Abrediversicherung?

(Private Unfallversicherung)

Nein

Ja, Zeitraum vom bis

Name und Adresse des Versicherungsträger

b) Deckung für Heilungskosten?

(Eventuell im Nachgang zur Krankenversicherung)

Police-/oder Schaden-Nr.

Deckung

c) Such-, Bergungs- oder Rückführungskosten? ETI-Schutzbrief TCS / Kreditkarten?

Deckung

16 Haben Sie den Unfall bereits einer anderen Versicherung gemeldet?

Nein

Ja, Name und Adresse des Versicherungsträger

Police-/oder Schaden-Nr.

Deckung

Verkehrsunfälle

17 Von Ihnen benütztes Fahrzeug

Mofa/Fahrrad

Personenauto

Motorrad

Halter

Lenker

Kontrollschild

Haftpflichtversicherung

Insassenversicherung

Kollisionsfahrzeug

Mofa/Fahrrad

Personenauto

Motorrad

Halter

Lenker

Kontrollschild

Haftpflichtversicherung

Insassenversicherung

Ermächtigung / Unterschrift

Mit meiner Unterschrift entbinde ich Spitäler, Ärzte sowie medizinisches Personal, Behörden, Amtstellen und andere Versicherungsgesellschaften von ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht gegenüber dem im Briefkopf aufgeführten Versicherer und gegenüber Helsana Zusatzversicherungen AG und ermächtige sie, die im Zusammenhang mit dem Unfall erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Zudem ermächtige ich den im Briefkopf aufgeführten Versicherer und Helsana Zusatzversicherungen AG, die für die Regressforderung massgebenden Unterlagen an die beteiligten Haftpflichtversicherungen bzw. haftpflichtigen Dritten auszuhändigen.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

Für Rückerstattungsgesuche von bereits bezahlten Rechnungen bitten wir Sie, die Originalbelege beizulegen und nachfolgend die Zahladresse (Post- / Bankkonto) sowie den Kontoinhaber anzugeben.

Kontoinhaber

Post- / Bankkonto-Nr.