

UNFALLANZEIGE GALENOS Kranken- und Unfallversicherung, Militärstrasse 36, 8021 Zürich

VORNAME/NAME GEBURTSDATUM PLZ/ORT VERS.NR.

TELEFONNUMMER FÜR RÜCKFRAGEN PRIVAT: GESCHÄFT:

1. **ORT** / Wo ist der Unfall passiert?
.....
.....

2. **DATUM** / Wann ist der Unfall passiert?
Tag Monat Jahr Uhrzeit:

3. **UNFALLHERGANG** / Wie ist der Unfall passiert? Bitte **genau** beschreiben, gegebenenfalls auch auf separatem Blatt.
.....
.....
.....

4. **VERLETZUNGEN** / Welche Verletzungen hat der Unfall bewirkt und welche Körperteile sind betroffen?
.....
.....

5. **DRITTPERSON** / War eine andere Person am Unfall beteiligt?
 JA NEIN

Wenn ja: Name, Vorname, Adresse und Telefonnummer der beteiligten Person/en notieren.
.....
.....

Haftpflichtversicherung der Drittperson / Name, Adresse, Policen-Nr. und Telefonnummer angeben.
.....
.....

6. **BEHANDLUNG** / Wo genau wurden die Unfallfolgen behandelt (Name des Arztes, Spital, Klinik, Apotheke, TherapeutIn)?
.....
.....

Datum Behandlungsbeginn:

Ist die Behandlung abgeschlossen? JA NEIN

Arbeitsunfähigkeit? JA NEIN teilweise% ganz

Ab wann?:

7. **STATUS** / Status der verunfallten Person **zum Zeitpunkt des Unfalles?**
 Kind Lehrling/Lehrtochter StudentIn Hausfrau/-mann
 angestellt SchülerIn arbeitslos mit AIV-Taggeld arbeitslos ab:
 RentnerIn (AHV/IV) selbständigerwerbend anderes (bitte genau bezeichnen) ausgesteuert ab:
.....

8. TEILZEITARBEIT / Ist die verunfallte Person im Zeitpunkt des Unfalls einer Teilzeitarbeit nachgegangen?

JA NEIN

Wenn ja: 8 Stunden pro Woche oder mehr weniger als 8 Stunden pro Woche

Name und Adresse des Arbeitgebers?

.....
.....

9. VERSICHERUNG / Ist die verunfallte Person anderswo gegen Unfall versichert?

JA NEIN

SUVA Private Unfallversicherung Ihres Arbeitgebers Andere Unfallversicherungen

Welche Leistungen sind versichert?

Heilungskosten Taggeld Heilungskosten und Taggeld Spitalzusatz Allgemeine Abteilung
 Spitalzusatz Halbprivate Abteilung Spitalzusatz Private Abteilung

Name, Adresse und Policen-Nr. der Versicherung:

.....
.....

10. VERKEHRSUNFALL/ Haben Sie eine Insassenversicherung abgeschlossen?

JA NEIN

Wenn ja, bitte Kopie der Versicherungspolice beilegen.

Name, Adresse, Policen-Nr. und Telefonnummer der Insassenversicherung:

.....
.....

11. POLIZEIRAPPORT/ Wurde ein Polizeirapport erstellt?

JA NEIN

Name und Adresse des Polizeireviers:

.....
.....

12. RETTUNGSTRANSPORT/ Sind Sie Gönner einer Rettungsorganisation (z.B. REGA, Air-Glacier)?

JA NEIN Wenn ja, welche?

Der/die Unterzeichnende bestätigt die wahrheitsgetreue Beantwortung der gestellten Fragen. Er/Sie ermächtigt die GALENOS, jederzeit bei Ärzten, anderen Leistungserbringern, Amtsstellen und Versicherungsträgern Auskünfte einzuholen und zu erteilen.

Ort und Datum

**Unterschrift VersicherungsnehmerIn
oder gesetzliche/r VertreterIn**

.....

.....