

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. Sollten Sie auf einen **Gegenstand** gebissen haben, bitte angeben um was es sich dabei handelt.

.....
.....

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.

.....
.....

6. **VERZEHR VON NAHRUNG! HABEN SIE AUF EINEN GEGENSTAND GEBISSEN, DER NICHT IN DIESES PRODUKT GEHÖRTE?**

JA NEIN

1. Name, Adresse und Haftpflichtversicherung angeben, bei der Sie das Produkt gekauft haben

.....

2. **Meldedatum** (Falls Sie dies noch nicht gemeldet haben, bitten wir Sie es noch nachzuholen.)

.....

3. Den Gegenstand, auf den Sie gebissen haben unbedingt aufbewahren und uns einsenden. Falls Sie nicht mehr im Besitz des Corpus Delicti sind bitte angeben.

Ich habe den Gegenstand an Ort und Stelle, wo ich das Produkt gekauft habe abgegeben

Ich bin nicht mehr im Besitz des Gegenstandes

Anderes:

.....

7. 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?:

8. STATUS / Status der verunfallten Person **zum Zeitpunkt des Unfalles?**

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kind | <input type="checkbox"/> Lehrling/Lehrtochter | <input type="checkbox"/> StudentIn | <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann |
| <input type="checkbox"/> angestellt | <input type="checkbox"/> SchülerIn | <input type="checkbox"/> arbeitslos mit AIV-Taggeld | <input type="checkbox"/> arbeitslos und
ausgesteuert,
seit wann? |
| <input type="checkbox"/> RentnerIn (AHV/IV) | <input type="checkbox"/> selbständigerwerbend | <input type="checkbox"/> anderes (bitte genau bezeichnen) | |

.....

9. 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?

.....

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

JA NEIN

SUVA Private Unfallversicherung Ihres Arbeitgebers Andere Unfallversicherungen

Welche Leistungen sind versichert?

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Heilungskosten | <input type="checkbox"/> Taggeld | <input type="checkbox"/> Heilungskosten und Taggeld | <input type="checkbox"/> Spitalzusatz Allgemeine Abteilung |
| <input type="checkbox"/> Spitalzusatz Halbprivate Abteilung | <input type="checkbox"/> Spitalzusatz Private Abteilung | | |

Name, Adresse und Policen-Nr. der Versicherung:

.....

.....

11. VERKEHRSUNFALL/ Haben Sie eine Insassenversicherung abgeschlossen?

JA NEIN

Wenn ja, bitte Kopie der Versicherungspolice beilegen.

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

.....
.....

12. POLIZEIRAPPORT/ Wurde ein Polizeirapport erstellt?

JA NEIN

Name und Adresse des Polizeireviers:

.....
.....

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

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 und
Versicherungsträgern sowie Amtsstellen Auskünfte einzuholen und zu erteilen.**

Ort und Datum

**Unterschrift VersicherungsnehmerIn
oder gesetzliche/r VertreterIn**

.....

.....

Merkblatt/Allg. Informationen

Geschätztes Mitglied,

Um Ihnen bei der Abwicklung Ihrer Zahnbehandlung behilflich zu sein, möchten wir Sie auf folgende Punkte hinweisen:

1. Anmeldung beim Zahnarzt

Da es sich in Ihrem Falle nicht um einen gewöhnlichen Zahnarztbesuch handelt, bitten wir Sie, Ihrem Zahnarzt **unsere Adresse und Ihre Versicherungsnummer anzugeben**. Teilen Sie ihm unverzüglich mit, dass es sich um eine Behandlung infolge eines Unfalles handelt.

Der Zahnarzt hat das **offizielle Formular der SSO** auszufüllen und uns dieses mit den **Röntgenbildern** einzusenden. Die Galenos verfügt über kein eigenes Formular für den Zahnarzt.

2. Unfall durch Fremdkörper

Falls Sie auf einen Gegenstand in einem Nahrungsprodukt gebissen haben (Bsp. Stein in einem Weissbrot), müssen Sie diesen **aufbewahren. Unverzüglich am Ort der gekauften Sache melden und den Gegenstand vorweisen. Diesen dürfen Sie auf keinen Fall wegwerfen.**

3. Rechnungen

Die Rechnungen werden **vom Zahnarzt**, (die mit einem vorgegebenen Taxpunktwert, der von dem Krankenversicherungsgesetz vorgeschrieben ist), **direkt an uns zugestellt**. Sollten Sie trotzdem eine Rechnung erhalten, bitten wir Sie, diese **unbezahlt dem Zahnarzt zurück zu senden, mit dem Vermerk, er muss diese direkt der Krankenversicherung in Rechnung stellen.**

4. Allgemein

Nur **Notfallmassnahmen** werden von der Krankenversicherung ohne Kostenvoranschlag übernommen, wenn es sich dabei um einen Unfall handelt.

Für die definitive Behandlung benötigen wir zuerst alle Unterlagen Ihrerseits und des Zahnarztes, ansonsten laufen Sie Gefahr, falls Sie ohne Kostengutsprache bereits eine definitive Behandlung angefangen oder abgeschlossen haben, dass die Krankenversicherung die Kosten nicht übernehmen wird.

Sobald wir im Besitz aller Unterlagen sind, werden wir Ihnen unseren Entscheid schriftlich mitteilen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.