

Unfallmeldung / Zahnunfallmeldung

.....
Versicherte Person

Geburtsdatum

Wohnort / Adresse

Versicherungsnummer

Sozialversicherungsnummer
.....

Bitte alle Angaben in
deutlich lesbarer
Schrift ausfüllen.

Besten Dank für das Ausfüllen des Fragebogens zum angemeldeten Unfall.

Sollte es sich um einen Zahnunfall (Kau-Unfall) handeln, bitten wir Sie speziell die Fragen 13 – 16 zu beantworten.

1. Wann hat sich der Unfall zugetragen?

Datum:

2. Genaue Beschreibung, der Ursache und des Unfallortes: z.B. Verkehrsunfall (Auto, Velo oder Strassenbahn), gewöhnlicher Unfall auf der Strasse, Arbeitsunfall, Unfall in der Haushaltung, Sportunfall, Schulunfall (auf dem direkten Schulweg), Unfallereignis beim Essen:

Ort:

Hergang:

3. Augenzeuge und Adresse:

Vorname und Name:

Adresse, Postleitzahl, Ort:

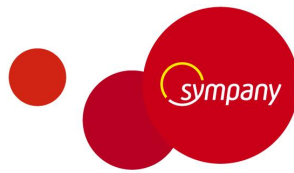
Telefon-Nummer:

4. Verletzungen

5. In Behandlung bei (Arzt / Zahnarzt)

Vorname und Name:

Adresse, Postleitzahl, Ort:



6. Verursacher/ Verursacherin des Unfalls:

Vorname und Name:
Adresse, Postleitzahl, Ort:
Haftpflichtversicherung:

7. Wurde ein Polizeirapport erstellt?

Nein Ja

Falls Ja, von welcher Amtsstelle?

8. Waren Sie zum Zeitpunkt des Unfalles berufstätig?

Nein Ja, Arbeitszeit (Stunden pro Woche):
 Selbstständig Angestellt Lehrling
 Praktikant/in Schüler Rentner/in

Im Falle einer Dritthaftung werden wir auf den Haftpflichtigen regressieren. Für die eigenen ungedeckten Kosten (inkl. Selbstbehalt und Franchise) können Sie den Haftpflichtigen resp. dessen Haftpflichtversicherung direkt belangen

9. Bei welcher Gesellschaft sind Sie gegen Betriebs- und Nichtbetriebsunfälle versichert?

Name:
Adresse:
Policen-Nummer:

10. Haben Sie zum Zeitpunkt des Unfalles Arbeitslosengeld bezogen?

Nein Ja

11. Sind Sie zusätzlich bei einer anderen Versicherungsgesellschaft gegen Unfall versichert?

Nein Ja, welche
Name:
Adresse:
Policen-Nummer:

12. Sind Sie Rega-Gönner/in?

Nein Ja



Sofern es sich um einen Zahnunfall handelt, bitten wir Sie, die nachfolgenden Punkte auszufüllen:

13. Wann haben Sie im Zusammenhang mit dem Unfall erstmals den Zahnarzt aufgesucht?

Datum:

13.1. Wie lautet die genaue Adresse des Zahnarztes?

Vorname und Name:

Adresse, Postleitzahl, Ort:

14. Haben Sie zusätzliche Verletzungen erlitten?

Nein

Ja

Welche?

15. Waren Sie zur Versorgung bei einem Arzt?

Nein

Ja

Vorname und Name:

Adresse, Postleitzahl, Ort:

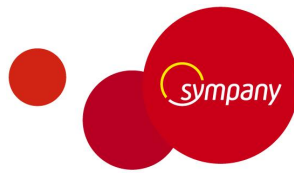
16. Unfallereignis beim Essen?

16.1. War ein Lebensmittel Ursache des Unfalls?

Nein

Ja

Welches?



Genauere Beschreibung des Lebensmittels, bzw. des Gegenstandes, auf den Sie gebissen haben:

16.2. Haben Sie Beweismittel?

Nein Ja

Wo befinden sich diese? Bitte legen Sie allfällige Beweismittel dem Fragebogen bei. Besten Dank.

16.3. Haben Sie oder eine Drittperson den Vorfall der Verkaufsstelle, bzw. dem Restaurant gemeldet?

Nein Ja

Wann und wo?

Bitte beachten Sie folgendes:

Falls Sie den Vorfall nicht gemeldet haben sollten, bitten wir Sie, dies umgehend vorzunehmen. Quittungen sind unbedingt aufzubewahren. Dies ist wichtig, damit Sympany ihre Rechte gegenüber allfälligen haftpflichtigen Dritten wahren kann.

Sofern Sie den Fall bei Ihrer Versicherung noch nicht angemeldet haben, bitten wir Sie, dies so rasch als möglich nachzuholen.

17. Unter welcher Telefonnummer können wir Sie bei Rückfragen tagsüber erreichen?

Telefonnummer:

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben wahrheitsgetreu erfolgt sind

Ort und Datum

Unterschrift

