



Zahnunfallmeldung

1/2

Versicherte Person

Bitte alle Felder
vollständig ausfüllen

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>		
Strasse/Nummer	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Kundennummer	<input type="text"/>	Sozialversicherungsnummer	<input type="text"/>

Weitere Angaben zur verletzten Person

- Wie können wir Sie (resp. den gesetzlichen Vertreter) tagsüber bei Rückfragen erreichen?
Telefonnummer E-Mail
- Waren Sie zum Zeitpunkt des Unfalles berufstätig? nein ja
Falls ja, wie viele Stunden pro Woche?
Name Unfallversicherung Schadennummer
 selbstständig angestellt Lehre, Schnupperlehre Praktikant/-in Kind, Schüler/-in Rentner/-in
- Haben Sie zum Zeitpunkt des Unfalls Arbeitslosengeld bezogen? nein ja

Unfallhergang

- Unfalldatum
- Genauere Beschreibung der Ursache und des Unfallortes. Welche Verletzungen haben Sie erlitten?
- Wurde der Unfall durch Dritte verursacht? nein ja
Falls ja, Name, Adresse, Haftpflichtversicherung; Angaben zu Zeugen

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.
- Wann haben Sie im Zusammenhang mit dem Unfall erstmals den Zahnarzt aufgesucht?
Datum
- Wie lautet die genaue Adresse des Zahnarztes?
Vorname, Name
Adresse
- Haben Sie zusätzliche Verletzungen erlitten? nein ja
Falls ja, welche?



Übertrag von Seite 1

Versicherte Person

Kundennummer

2/2

7. Waren Sie zur Versorgung bei einem Arzt?

nein ja

Vorname, Name

Adresse

Unfallereignis beim Essen

1. War ein Lebensmittel Ursache des Unfalls?

nein ja

Falls ja, welches (genaue Beschreibung des Lebensmittels respektive des Gegenstandes, auf den Sie gebissen haben)?

2. Haben Sie Beweismittel?

nein ja

Falls ja, wo befinden sich diese?

Bitte legen Sie allfällige Beweismittel dem Fragebogen bei.

3. Haben Sie oder eine Drittperson den Vorfall der Verkaufsstelle oder dem Restaurant gemeldet?

nein ja

Falls ja, wann und wo?

4. Haben Sie zusätzlich eine private Unfallversicherung?

nein ja

Falls ja, Name der Gesellschaft

Policennummer

Bestätigung

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

Ort und Datum

Unterschrift (Versicherungsnehmer/-in, gesetzliche/r Vertreter/-in)