



Unfallmeldung

1/1

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
- Genau Beschreibung der Ursache und des Unfallortes. Welche Verletzungen haben Sie erlitten?
- Wurde der Unfall durch Dritte verursacht? nein ja
Falls ja, Name, Adresse, Haftpflichtversicherung des Verursachers; 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.
- Wurde ein Polizeirapport erstellt? nein ja
- Haben Sie zusätzlich eine private Unfallversicherung? nein ja
Falls ja, Name der Gesellschaft Policennummer
- Besteht eine Rega-Gönnerschaft? nein ja

Bestätigung

Mit Ihrer Unterschrift
bestätigen Sie, dass
Ihre Angaben wahrheits-
getreu erfolgt sind.

Ort und Datum

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