

Policen-Nummer _____ Name _____ Vorname _____ Adresse _____

1. **Telefon Privat/Geschäft** _____ **Beruf** _____

2. **Selbständig**
 nein ja **Anzahl wöchentlicher Arbeitsstunden**
 8 und mehr Stunden weniger als 8 Stunden

3.a **Adresse des Arbeitgebers** (wenn arbeitslos, letzten Arbeitgeber eintragen*)

3.b *Datum des letzten Anstellungstages _____ Beziehen Sie Leistungen der Arbeitslosenkasse?
 ja nein Wenn nein, warum nicht? _____

4. **Unfalldatum** _____ **Unfallzeit** _____ **Unfallort** (genaue Bezeichnung) _____

5. **Ereignete sich der Unfall:**
 auf dem Arbeits-/Schulweg bei der Arbeit/ in der Schule ausserhalb der Arbeit/Schule

6. **Unfallhergang** (Ausführliche Beschreibung, Tätigkeit zur Zeit des Unfalles, beteiligte Personen, Fahrzeuge, Maschinen etc. Eventuell separates Blatt benutzen.)

7. **Art der Verletzung(en)** _____ **Betroffene Körperteile** (links/rechts) _____

8. **Sind Sie arbeitsunfähig?** ja nein Wenn ja, ab wann? _____ Grad der Arbeitsunfähigkeit _____ %

9. **Erstbehandelnder Arzt/Spital/Klinik** (Adresse) _____ **Nachbehandelnder Arzt/Spital/Klinik** (Adresse) _____

10. **Wenn der Unfall durch einen Dritten oder durch Fremdeinwirkung verursacht wurde, bitte Namen, Adresse und Haftpflichtversicherung des Dritten oder die Art der Fremdeinwirkung angeben:**

11. **Ist ein Polizeirapport aufgenommen worden?** ja nein **Gibt es Zeugen?** ja nein
 Wenn ja, durch wen? _____ Wenn ja, Namen und Adresse angeben _____

12. **Ist die verunfallte Person noch anderweitig versichert?** ja nein Wenn ja, bei wem und für welche Leistungen?
 bei der obligatorischen Unfallversicherung des Arbeitgebers Name/Adresse: _____
 bei einer privaten Versicherungsgesellschaft Name/Adresse: _____
 bei einer anderen Krankenversicherung Name/Adresse: _____
Für welche Leistungen:
 Heilungskosten: allgemein halbprivat privat in Ergänzung zur Krankenversicherung
 Lohnausfall: UVG andere _____ Fr./Tag _____ % des Lohnes

13. **Ereignete sich der Unfall mit einem Motorfahrzeug?** ja nein
 Wenn ja: Lenker/Lenkerin eines eigenen Fahrzeuges Lenker/Lenkerin eines fremden Fahrzeuges Mitfahrer/Mitfahrerin
 Kontrollschildnummer: _____ Besteht eine Insassenversicherung? ja nein Gemeldet? ja nein
 Wenn ja bei welcher Gesellschaft? _____

Die unterzeichnende Person ermächtigt hiermit die Sanitas, bei allen Medizinalpersonen, bei allen amtlichen Stellen, bei allen anderen Versicherungs-Gesellschaften sowie beim Arbeitgeber die zur Beurteilung der Leistungspflicht notwendigen Auskünfte einzuholen, und befreit diese vom Berufsgeheimnis und von der Schweigepflicht gegenüber der Sanitas. Zudem bescheinigt sie, die vorerwähnten Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben.

Ort und Datum _____

Unterschrift der versicherten Person oder ihres gesetzlichen Vertreters _____