

Unfallanzeige

Grundversicherung (KVG) und Zusatzversicherungen (VVG)

Dieses Formular ist durch die versicherte Person, beziehungsweise deren gesetzlichen Vertreter auszufüllen. Alle zutreffenden Fragen sind vollständig zu beantworten und das Formular umgehend unterzeichnet an die am Schluss des Dokumentes aufgeführte Adresse zu senden. Bei Fragen hilft die CSS-Serviceline 0844 277 277 gerne weiter. Vielen Dank.

Personen-Nr.



1 Allgemeine Auskünfte

1.1 Versicherte Person

Vorname	Name	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Strasse, Nr.	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.2 Kontakt

Telefon Privat	Mobile	Telefon Geschäft
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Um welche Zeit können wir Sie am besten erreichen?	Wo?	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Geschäft	<input type="text"/>

Kontaktperson bei Rückfragen

1.3 Arbeitgeber zum Zeitpunkt des Unfalls

Name des Arbeitgebers

Strasse, Nr.	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.4 Arbeitszeit der versicherten Person

Anzahl Stunden pro Woche

1.5 Wenn arbeitslos, bei wem haben Sie letztmals gearbeitet?

Name des Arbeitgebers

Strasse, Nr.	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datum	Bezogen Sie seither Taggeld der Arbeitslosenversicherung?
von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von <input type="text"/> bis <input type="text"/>

3 Verletzungen

3.1 Art der Verletzungen

Genauere Bezeichnung, betroffene Körperteile

3.2 Behandlungsbeginn

Datum

--

3.3 Erstbehandelnder Arzt/Zahnarzt/Spital

Vorname

Name

Telefon

--	--	--

Spital

--

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

--	--

3.4 Weiterbehandlung durch

Vorname

Name

Telefon

--	--	--

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

--	--

3.5 Sind Sie arbeitsunfähig?

Nein Ja, % ab , % ab

4 Andere Versicherungen

4.1 Obligatorische Unfallversicherung des Arbeitgebers zum Zeitpunkt des Unfalls

Ja Nein

Wenn Ja, welche Versicherungsgesellschaft?

Name der Versicherungsgesellschaft

Unfall-/Schaden-Nr.

--	--

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

--	--

4.2 Private Unfallversicherung/Andere Versicherungen/Schutzbriefe

Ja Nein

Wenn Ja, welche Versicherungsgesellschaft?

Name der Versicherungsgesellschaft

Policen-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)

--	--

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

--	--

4.3 Erhalten Sie eine Rente der IV, SUVA, UVG, MV oder Privatversicherung?

Ja Nein

Wenn Ja, von welcher Versicherungsgesellschaft?

Name der Versicherungsgesellschaft

--

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

--	--

seit wann

Invalidität

Nein Ja, %

5 Zusätzliche Fragen bei Verkehrsunfällen

5.1 Art (z. B. Velo/Mofa/Auto)

Von Ihnen benutztes Fahrzeug

Fahrzeug der Drittperson

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

5.2 Halter (Eigentümer) des von Ihnen benutzten Fahrzeuges

Vorname

Name

Telefon

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

5.3 Halter (Eigentümer) des Fahrzeuges der Drittperson

Vorname

Name

Telefon

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

5.4 Lenker des von Ihnen benutzten Fahrzeuges

Vorname

Name

Telefon

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

5.5 Lenker des Fahrzeuges der Drittperson

Vorname

Name

Telefon

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

5.6 Haftpflichtversicherung des Lenkers des von Ihnen benutzten Fahrzeuges

Name der Versicherungsgesellschaft

Policen-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

5.7 Haftpflichtversicherung des Lenkers des Fahrzeuges der Drittperson

Name der Versicherungsgesellschaft

Policen-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

5.8 Insassenversicherung des Lenkers des von Ihnen benutzten Fahrzeuges

Name der Versicherungsgesellschaft

Policen-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

5.9 Insassenversicherung des Lenkers des Fahrzeuges der Drittperson

Name der Versicherungsgesellschaft

Policen-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Bemerkungen

Die unterzeichnende Person erklärt, alle Fragen auf allen Seiten wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben.

Die unterzeichnende Person tritt der CSS Versicherung ihren allfälligen Haftpflichtanspruch aus obgenanntem Unfall bis zur Höhe der von ihr erbrachten Leistungen ab und nimmt davon Kenntnis, dass die CSS Versicherung ihre Ansprüche gegenüber Dritten geltend machen kann.

Mit der Unterzeichnung der Unfallanzeige wird die CSS Versicherung ermächtigt, jederzeit gegenüber Ärzten, anderen Leistungserbringern, Sozial- und Privatversicherern und Behörden resp. ihren Gesellschafts- und Vertrauensärzten unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes Auskünfte zu erteilen bzw. bei diesen Stellen die erforderlichen Auskünfte einzuholen, die zur Beurteilung des Versicherungsschutzes notwendig sind. Die involvierten Stellen sind in diesen Fällen gegenüber der CSS Versicherung von ihrer Schweigepflicht und ihrem Berufsgeheimnis befreit.

Die unterzeichnende Person hat das Recht, über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten Auskunft zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Rechtsträger für Grundversicherung (KVG): CSS Kranken-Versicherung AG, Arcosana AG oder Auxilia Kranken-Versicherung AG*, Rechtsträger für Zusatzversicherungen (VVG): CSS Versicherung AG

*Ihren Rechtsträger für Grundversicherung (KVG) entnehmen Sie bitte Ihrer Versicherungspolice.

Ort

Datum

Unterschrift der versicherten Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter