

## Unfallmeldung

Wir bitten Sie, die Fragen vollständig zu beantworten und uns das Formular mit allfälligen Beilagen **innert 10 Tagen** unterzeichnet zurückzusenden.

Versicherte Person		OKP/Unfall	
Versicherten-Nr.		Name, Vorname	
Geburtsdatum		Telefon häufigste Erreichbarkeit	
		E-Mail	
1	Wann hat sich der Unfall ereignet?	Datum	Uhrzeit
2	Waren Sie <b>zum Zeitpunkt</b> des Unfalles berufstätig?	<input type="checkbox"/> Ja, Arbeitszeit (Anzahl Stunden pro Woche) <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/in <input type="checkbox"/> haushaltführend	
	<input type="checkbox"/> Nie	Name und Adresse des jetzigen/letzten Arbeitgebers	
	<input type="checkbox"/> Bis		
3	Beziehen/bezogen Sie Arbeitslosenunterstützung?	Bei diesem Arbeitgeber angestellt	vom bis
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Zeitraum	vom bis
4	a) Wo hat sich der Unfall ereignet? (Genauere Angabe des Unfallortes)		
	b) Geschah der Unfall auf dem Weg vom/zum Arbeitsplatz oder Schule?	<input type="checkbox"/> Ja	
5	Genauere Beschreibung des Unfallhergangs (Witterung, beteiligte Personen, Fahrzeuge, Maschinen, Tiere)		
6	Augenzeugen und deren Adressen		
7	a) Wurde der Schmerz durch eine unkontrollierte oder ruckartige Bewegung ausgelöst?	<input type="checkbox"/> Ja	
	b) Sind die Beschwerden unmittelbar nach dem Ereignis aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Ja	
8	a) Erste Hilfe durch Arzt/Spital?	Dr.	
	b) Wer führt die Behandlung weiter?	Dr.	
9	Art der Verletzung? (genaue Bezeichnung, Körperteil, Zahn usw.)		
10	Beginn der Behandlung		
11	Besteht/bestand Arbeitsunfähigkeit?	vom bis	<input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise
12	Wer war am Unfall beteiligt?	Name, Vorname	
		Adresse	
13	a) Hatte eine Drittperson Verschulden am Unfall? (Für Verkehrsunfälle siehe zusätzliche Fragen)	<input type="checkbox"/> Ja, Name und Adresse des Versicherungsträgers (Haftpflichtversicherung)	
	b) Worin bestand das Verschulden?	Police-Nr. oder Schaden-Nr.	

**Damit die Leistungsabwicklung nicht verzögert wird, muss auch die Rückseite genau und vollständig ausgefüllt werden.**

Die Helsana Versicherungen AG ist ermächtigt, alle Handlungen im Namen und für Rechnung der Helsana Zusatzversicherungen AG und Helsana Unfall AG vorzunehmen.



**14** Wurde ein Polizeirapport erstellt?  Nein  Ja, von welcher Amtsstelle (Name und Adresse)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**15 a)** Obligatorische Unfallversicherung des Arbeitgebers? (z.B. SUVA)  Nein  Ja, Name und Adresse des Versicherungsträger  
 \_\_\_\_\_  
 Police-Nr. oder Schaden-Nr.  
 \_\_\_\_\_

**b)** Zusatz-/und Ergänzungsversicherung zur obligatorischen Unfallversicherung des Arbeitgebers?  Nein  Ja, Versicherungsträger  
 \_\_\_\_\_  
 Police-Nr. oder Schaden-Nr.  
 \_\_\_\_\_  
 Deckung  
 \_\_\_\_\_

**16 a)** Besteht eine andere Unfall- oder Abredeversicherung?  Nein  Ja, Name, Agentur der Versicherungsgesellschaft  
 (Schule, Verein, Private Unfallversicherung)  
 \_\_\_\_\_  
 vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**b)** Deckung für Heilungskosten? Wie?  Nein  Ja, Name und Adresse des Versicherungsträger  
 (Eventuell im Nachgang zur Krankenversicherung)  
 \_\_\_\_\_  
 Police-Nr. \_\_\_\_\_ Schaden-Nr. \_\_\_\_\_

**c)** Such-, Bergungs- oder Rückführungskosten?  Nein  Ja, Name und Adresse des Versicherungsträger  
 ETI-Schutzbrief TCS / Kreditkarten?  
 \_\_\_\_\_  
 Deckung  
 \_\_\_\_\_

**d)** Deckung für Taggeld/Lohnausfall? Wieviel?  
 \_\_\_\_\_

**17** Haben Sie den Unfall bereits einer anderen Versicherung gemeldet?  Nein  Ja, Name und Adresse des Versicherungsträger  
 \_\_\_\_\_  
 Police-Nr. oder Schaden-Nr.  
 \_\_\_\_\_

**18** Wurde Ihnen eine Entschädigung zugesprochen? (Heilungskosten/Taggeld)  Nein  Ja, von wem und wieviel  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**19** Haben Sie ein Abkommen getroffen?  Nein  Ja, mit wem  
 \_\_\_\_\_  
 Wie lautet es  
 \_\_\_\_\_

**20** Erhalten Sie Beiträge, welche die Lohnfortzahlung ersetzt? (z.B. Rente)  Nein  Ja, von wem und seit wann  
 (z.B. Invaliden-, Militär-, Arbeitslosen-, Unfallversicherung, Krankenversicherung)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**21** Nur bei Motorfahrzeugunfällen

<b>Von Ihnen benütztes Fahrzeug</b>	<b>Kollisionsfahrzeug</b>
<input type="checkbox"/> Motorrad bis 50 cm <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Personenauto	<input type="checkbox"/> Motorrad bis 50 cm <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Personenauto
<input type="checkbox"/> Motorrad über 50 cm <sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Motorrad über 50 cm <sup>3</sup> <input type="checkbox"/>
_____	_____
Halter	Halter
_____	_____
Lenker	Lenker
_____	_____
Kontrollschild	Kontrollschild
_____	_____
Haftpflichtversicherung	Haftpflichtversicherung
_____	_____
Insassenversicherung	Insassenversicherung
_____	_____

Ich bestätige hiermit die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Mit meiner Unterschrift entbinde ich Spitäler, Ärzte sowie medizinisches Personal, Behörden, Amtstellen und andere Versicherungsgesellschaften von ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht gegenüber Helsana Versicherungen AG und Helsana Zusatzversicherungen AG und ermächtige sie, die im Zusammenhang mit dem Unfall erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Zudem ermächtige ich Helsana Versicherungen AG und Helsana Zusatzversicherungen AG, die für die Regressforderung massgebenden Unterlagen an die beteiligten Haftpflichtversicherungen bzw. haftpflichtigen Dritten auszuhändigen.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters

Wird von der Helsana ausgefüllt

Regress  Nein

Ja, Datum

Visum