

Unfallanzeige

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (KVG) und Zusatzversicherungen (VVG)

Dieses Formular ist durch die versicherte Person, bzw. deren gesetzlichen Vertreter auszufüllen. Das Formular senden Sie uns bitte so rasch wie möglich an die auf der letzten Seite aufgeführte Adresse. Ohne Ihre Angaben können wir Ihren Leistungsanspruch nicht prüfen. Falls Sie das Dokument von uns erhalten haben, bitten wir Sie es auszufüllen, sodass wir Ihre Unterlagen vollständig prüfen können. Fragen beantworten wir Ihnen gerne per E-Mail unter leistungen@sanagate.ch oder telefonisch unter 0800 347 358. Vielen Dank.

Kundennummer

1 Allgemeine Auskünfte

1.1

Vorname	Name	Geburtsdatum	Strasse, Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort	E-Mail	Telefon	Erreichbar um
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.2 Bei welchem Arbeitgeber waren Sie zum Unfallzeitpunkt angestellt?

Name Arbeitgeber	Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort	Anzahl Stunden pro Woche
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.3 Kennen Sie die Unfallversicherung Ihres Arbeitgebers?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Name Versicherung	Schadennummer
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.4 Wenn Sie in keinem Arbeitsverhältnis waren: Was ist der Grund?

Selbstständig*
 Hausfrau/-mann*
 Rentner/in*
 Nicht erwerbstätig*
 Kind

*Ihre letzte Anstellung? Von bis Ich war noch nie angestellt

Name Arbeitgeber	Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.5 Beziehen oder bezogen Sie Arbeitslosenunterstützung?

Ja
 Nein
 Von bis

2 Unfallhergang

2.1 Wann, wo und wie ist der Unfall passiert?

Datum	Zeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unfallort	Land
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Der Unfall ereignete sich Bei der Arbeit
 Auf dem Arbeitsweg
 In der Freizeit

Bitte beschreiben Sie den Unfallhergang (Tätigkeit, Witterung, beteiligte Personen, Fahrzeuge, Tiere, Maschinen etc.)

2.2 Wurde ein Polizeirapport erstellt?

Ja
 Nein
 Von welcher Amtsstelle?

2.3 War eine Drittperson am Unfall beteiligt?

Ja Nein

Vorname/Name	Telefon
Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort
Name Haftpflichtversicherung der Drittperson	Policennummer/Schadennummer
<input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung der Drittperson unbekannt	<input type="checkbox"/> Die Drittperson hat keine Haftpflichtversicherung

2.4 War diese Drittperson am Unfall schuld?

Ja Nein

2.5 Gibt es Zeugen des Unfalls?

Ja Nein

Vorname/Name	Telefon
Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort

3 Verletzungen

3.1 Welche Verletzung haben Sie erlitten?

Art der Verletzung	Körperteil	<input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links
--------------------	------------	--

3.2 Sind die Beschwerden sofort nach dem Ereignis aufgetreten?

Ja Nein

3.3 Ist der Schmerz bzw. die Verletzung durch eine unkontrollierte oder ruckartige Bewegung ausgelöst worden?

Ja Nein

Bemerkungen

3.4 Wer hat Sie zuerst behandelt (Arzt/ Spital/ Zahnarzt)?

Name	PLZ/Ort
------	---------

3.5 Hat jemand anderes die Behandlung weitergeführt?

Ja Nein

Name	PLZ/Ort
------	---------

3.6 Sind oder waren Sie aufgrund der Verletzung arbeitsunfähig?

Ja Nein

Grad der Arbeitsunfähigkeit % von bis

4 Andere Versicherungen

4.1 Haben Sie noch andere Versicherungen gegen Unfall?

Ja Nein

Zusatzversicherung zur obligatorischen Unfallversicherung ETI-Schutzbrief TCS

Name Agentur	Policennummer
Name Versicherung	

Wenn Ja, bitten wir Sie, eine Kopie Ihrer Police beizulegen.

Bitte beachten Sie: Die folgenden Fragen sind *nur bei Verkehrsunfällen* zu beantworten.

5 Beteiligte Fahrzeuge

5.1 Welche Fahrzeuge sind am Unfall beteiligt gewesen?

Ihr Fahrzeug	<input type="checkbox"/> Velo	<input type="checkbox"/> Mofa	<input type="checkbox"/> Personenauto	<input type="checkbox"/> Anderes	<input type="text"/>
Fahrzeug der Drittperson	<input type="checkbox"/> Velo	<input type="checkbox"/> Mofa	<input type="checkbox"/> Personenauto	<input type="checkbox"/> Anderes	<input type="text"/>

5.2 Wem gehört das Fahrzeug (Halter/Eigentümer)?

Ihr Fahrzeug	Vorname/Name <input type="text"/>	PLZ/Ort <input type="text"/>	Kontrollschild/Marke <input type="text"/>
Fahrzeug der Drittperson	Vorname/Name <input type="text"/>	PLZ/Ort <input type="text"/>	Kontrollschild/Marke <input type="text"/>

5.3 Wer hat das Fahrzeug zum Zeitpunkt des Unfalls gelenkt (Lenker)?

<input type="checkbox"/> Halter, Eigentümer war auch Lenker	Vorname/Name <input type="text"/>	PLZ/Ort <input type="text"/>
---	--------------------------------------	---------------------------------

5.4 Welches ist die Haftpflichtversicherung von Ihnen bzw. der Drittperson?

Ihr Fahrzeug	<input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt	Name Versicherung <input type="text"/>	Policennummer <input type="text"/>
Fahrzeug der Drittperson	<input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt	Name Versicherung <input type="text"/>	Policennummer <input type="text"/>

5.5 Welches ist die Insassenversicherung von Ihnen bzw. der Drittperson?

Ihr Fahrzeug	<input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt	Name Versicherung <input type="text"/>	Policennummer <input type="text"/>
Fahrzeug der Drittperson	<input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt	Name Versicherung <input type="text"/>	Policennummer <input type="text"/>

6 Bemerkungen

Bitte bestätigen Sie die Angaben mit Ihrer Unterschrift. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

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

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

Mit der Unterzeichnung der Unfallanzeige wird die Sanagate AG 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 Sanagate AG 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): Sanagate AG, Rechtsträger für Zusatzversicherungen (VVG): CSS Versicherung AG

Ort <input type="text"/>	Datum <input type="text"/>	Unterschrift der versicherten Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter <input type="text"/>
-----------------------------	-------------------------------	--

Anschrift des Versicherers:

Sanagate AG
Leistungen, Postfach 4020, 6002 Luzern