



UNFALLMELDUNG KVG / VVG

(Von der versicherten Person bzw. ihrem gesetzlichen Vertreter auszufüllen).

Wir bitten Sie, alle zutreffenden Fragen genau und vollständig zu beantworten und uns die Unfallmeldung umgehend zuzustellen.

Personalien der versicherten Person	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Name:	..... Vorname:
Strasse:	..... PLZ/Ort:
Geburtsdatum:	..... Versicherungs-Nr.:
Telefon Privat:	..... Telefon Geschäft:
1. Weitere Angaben zur verletzten Person	
1.1 Berufstätig:	<input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Schnupperlehre <input type="checkbox"/> Nebenerwerb <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>
	(falls nein, bitte direkt zu Frage 2, Unfallhergang)
1.2 Name und Adresse des Arbeitgebers zur Zeit des Unfalls:	
Name:	..... Vorname:
Adresse:	..... PLZ/Ort:
1.3 Arbeitszeit:	berufliche Tätigkeit:
Tage pro Woche:	..... Stunden pro Woche:
1.4 Sind Sie arbeitslos?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wann haben Sie sich beim Arbeitsamt gemeldet?
	Wenn ja, beziehen Sie Taggelder der Arbeitslosenversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom bis
	Bei wem haben Sie vor der Arbeitslosigkeit letztmals gearbeitet?
2. Unfallhergang	
2.1 Genauere Angaben	
Unfalldatum	..... Zeit Ort
Der Unfall ereignete sich:	
	<input type="checkbox"/> auf dem Arbeitsweg <input type="checkbox"/> am Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> in der Freizeit <input type="checkbox"/> während des Militärdienstes
	<input type="checkbox"/> innerhalb von 31 Tagen nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses (Nachdeckung UVG)
	<input type="checkbox"/>
2.2 Genaue Beschreibung des Unfallhergangs (kurze Schilderung)	

2.3 Drittperson verschuldet am Unfall? (Verkehrsunfälle s. zusätzliche Fragen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name:	..... Vorname:
Adresse:	..... PLZ/Ort:
Telefon:	.....
Haftpflichtvers.:	.....
Adresse:	..... PLZ/Ort:



2.4 Gibt es Zeugen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name: Vorname: Adresse: PLZ/Ort: Telefon:		
2.5 Wurde ein Polizeirapport erstellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Amtsstelle:		
3. Verletzungen		
3.1 Art der Verletzungen (genaue Bezeichnung, Körperteil, Zahn usw.)		
3.2 Behandelnde Ärzte/Zahnärzte Erstbehandelnder Arzt/Zahnarzt Name: Vorname: Adresse: PLZ/Ort: Telefon: Weiterbehandlung durch Name: Vorname: Adresse: PLZ/Ort: Telefon:		
3.3 Sind Sie arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 100 % ab / % ab		
4. Andere Versicherungen		
Durch welche der nachstehend aufgeführten Versicherungen sind Sie obligatorisch und/oder zusätzlich gegen Unfall versichert und in welchem Umfang? Bitte Zutreffendes genau ausfüllen. Besteht keine Versicherung, ist in jedem Feld „nein“ anzukreuzen.		
Versicherung	Versicherungsträger	Versicherungsdeckung
Obligatorische Unfallversicherung des Arbeitgebers? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name: Schaden-Nr.:	gemäss UVG
Zusatzversicherung zur obligatorischen Unfallversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name, Agentur: Policen-Nr.:	Welche Heilungskostendeckung besteht?
Private Unfallversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name, Agentur: Policen-Nr.:	Heilungskostendeckung? <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> in Ergänzung zur Krankenkasse <input type="checkbox"/> keine



5. Zusätzliche Fragen bei Verkehrsunfällen		
Benötigte Angaben	Von Ihnen benütztes Fahrzeug	Kollisionsfahrzeug
Fahrzeugart (z.B. Velo, Mofa, PW) + Marke, Typ	..........	..........
Halter (Eigentümer) Name, Adresse	..........	..........
Lenker Name, Adresse	..........	..........
Kontrollschild	.....	.....
Haftpflichtversicherung	Name, Agentur: Policen-Nr.:	Name, Agentur: Policen-Nr.:
Insassenversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wer ist eingeschlossen? <input type="checkbox"/> Halter <input type="checkbox"/> Lenker <input type="checkbox"/> Mitfahrer	Name, Agentur: Policen-Nr.:	Name, Agentur: Policen-Nr.:

Bemerkungen:

.....

.....

.....

Bei Haftpflichtfällen sind Abfindungen, Vergleiche sowie Leistungsverzichtserklärungen dem jeweiligen Versicherer der Visana-Gruppe (Visana AG, sana24 AG, vivacare AG, Visana Versicherungen AG) vor Bezug bzw. Unterzeichnung zu melden. Wird diese Meldepflicht verletzt, verlieren Sie Ihre Leistungsansprüche beim jeweiligen Versicherer.

Gegenüber Dritten, die für den Versicherungsfall haften, tritt der KVG-Versicherer im Zeitpunkt des Ereignisses bis zur Höhe der im Krankenversicherungsgesetz (KVG) vorgeschriebenen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person ein.

Die Visana Versicherungen AG deckt aus der Versicherung nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG) nur den Teil des Schadens, welcher nicht durch haftpflichtige Dritte übernommen werden muss. Hat die Visana Versicherungen AG Leistungen erbracht, welche haftpflichtige Dritte übernehmen müssen, so gehen die Ansprüche der versicherten Person gegenüber den Dritten im Umfang der von der Visana Versicherungen AG erbrachten Leistungen an diese über.

Der/Die Unterzeichnende erklärt, alle Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben, und ermächtigt den Versicherer zur Einsichtnahme in sämtliche den Unfall betreffenden Akten (z.B. medizinische Unterlagen, Akten der SUVA, der Militärversicherung und des privaten Unfallversicherers, amtliche Akten).

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person bzw. des
gesetzlichen Vertreters