

**Krankenkasse Wädenswil**  
**Industriestrasse 15**  
**8820 Wädenswil**  
Tel.: 043 477 71 71 / Fax.: 043 477 71 72  
Mail: info@kkwaedenswil.ch



## UNFALLMELDUNG

*Damit wir das Recht auf Leistungen für die Folgen des nachstehenden Unfalls umgehend abklären können, bitten wir Sie, uns das beiliegende Formular vollständig ausgefüllt und unterzeichnet zurückzusenden.*

1. Name und Vorname des Verletzten:		2. Geburtsdatum:	3. Versicherungsnummer:	
4. Tel. Privat:	5. Tel. Geschäft:	6. E-Mail Adresse:		
7. Unfalldatum:	8. Zeit:	9. Unfallort:		
10. Zeugen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	11. Wenn Ja, Name und Adresse:			
12. Präzise Beschreibung des Unfallhergangs: <b>Wenn Sie eine Skizze erstellen möchten, bitten wir Sie, diese auf der Rückseite dieses Dokumentes zu zeichnen.</b> .....				
13. Verletzte Körperteile:		14. Art der Verletzung:		
15. Name des erstbehandelnden Arztes, Spitals, Zahnarzt:		16. Erste Hilfe von:	17. Fortsetzung der Behandlung bei:	
18. Sind weitere Behandlungen vorgesehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		19. Falls Ja, Datum der nächsten Konsultation:		
20. Erlitten Sie einen Zahnschaden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		21. Wurde ein Polizeibericht erstellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	22. Wurde ein Unfallprotokoll aufgenommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (wenn Ja, bitte beilegen)	
23. Name und Adresse des behandelnden Zahnarztes: .....		24. Wurde eine Klage eingereicht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja, Wo? .....		
25. Verfügen Sie über eine weitere Unfallversicherung (z.B. UVG, Zusatzversicherung, SUVA, IV, Militärversicherung, <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Privatversicherung, Schulerversicherungen, Sportclub, Insassenversicherung oder anderen Krankenkassen)?				
26. Wenn Ja, geben Sie uns die Police Nr., Unfall-Nr. und die Adresse dieser Versicherung an: .....			27. Ereignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
28. Waren Sie zum Zeitpunkt des Unfalls: <input type="checkbox"/> Schüler/Kind <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> ohne berufliche Aktivität <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> im Militärdienst <input type="checkbox"/> Selbstständig erwerbend <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Hausfrau				
29. Falls Sie angestellt waren, Name und Adresse des Arbeitgebers: .....				
30. Durchschnittliche Arbeitszeit <b>pro Woche</b> : <input type="checkbox"/> weniger als 8 Stunden <input type="checkbox"/> 8 Stunden und mehr				
31. Nur auszufüllen, falls Sie keine berufliche Tätigkeit ausgeübt haben oder falls Sie arbeitslos waren: Wo und wann haben Sie zum letzten Mal gearbeitet? .....				
Haben Sie während Ihrer Arbeitslosigkeit, Arbeitslosenentschädigung bezogen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein vom bis				
32. Arbeitsunfähigkeit vom bis				
33. Ist eine Drittperson für diesen Unfall verantwortlich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja: Name und Adresse derselben: .....				
Kontrollschild-Nr. des Fahrzeuges: .....				
Name und Adresse der Haftpflichtversicherung: .....				
34. Ort und Datum:		35. Unterschrift der versicherten Person oder seines gesetzlichen Vertreters		
<b>Eventuelle Bemerkungen auf der Rückseite</b>				