



## Unfallmeldung

Bitte alle Fragen genau beantworten und uns umgehend ausgefüllt und unterzeichnet senden.

### Verunfallte Person

Name / Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Policen-Nr. \_\_\_\_\_  
Strasse / Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Telefon Privat \_\_\_\_\_ Telefon Geschäft \_\_\_\_\_

### Berufliche Situation

Berufstätig?  Ja  Nein  angestellt  selbständig  
 Student  Rentner/in  Kind  Hausfrau/-mann

Name und Adresse des Arbeitgebers \_\_\_\_\_  
zur Zeit des Unfalles \_\_\_\_\_

Beträgt Ihre wöchentliche Arbeitszeit  mehr als 8 Std  8 Std oder weniger  
Sind Sie arbeitslos?  Ja  Nein  
Wenn ja, beziehen sie ALV-Taggelder?  Ja, seit \_\_\_\_\_  Nein

**Unfalldatum** Tag \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

**Unfallort** (genaue Bezeichnung) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Unfallhergang** (genaue Beschreibung des Unfallhergangs, kurze Schilderung)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Beteiligung Dritter

Wurde der Unfall durch eine Drittperson verursacht (Bei Verkehrsunfällen siehe Frage: "Unfälle mit Motorfahrzeugen")?  
 Ja  Nein

Wenn Ja Name und Adresse der Drittperson \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name der Haftpflichtversicherung der beteiligten Drittperson, zuständige Agentur  
und Policen- oder Schaden-Nr. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Polizeirapport

Wurde ein Polizeirapport aufgenommen?  Ja  Nein  
Wenn Ja, durch welche Polizeistelle? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Zeugen

Gibt es Zeugen?  Ja  Nein  
Wenn Ja, Name und Adresse des/der Zeugen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Verletzung

Welcher Art ist die Verletzung? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche/r Körperteil/e ist/sind betroffen? \_\_\_\_\_  
 rechts       links

## Arbeitsunfähigkeit

Löste der Unfall eine Arbeitsunfähigkeit aus?       Ja       Nein  
Wenn Ja       voll       teilweise  
seit wann? \_\_\_\_\_

(Falls bei der Aquilana eine Taggeldversicherung besteht, bitte ärztliches Arbeitsunfähigkeitszeugnis beilegen)

## Behandlungen

Datum der ersten Behandlung \_\_\_\_\_  
Name und Adresse des  
behandelnden Arztes oder Spitals \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Andere Versicherungen

Sind Sie noch anderweitig gegen Unfälle versichert?       Ja       Nein  
Wenn Ja, bei wem?       Arbeitgeber (UVG-Versicherung)  
                                  Andere (Name der Versicherungsgesellschaft und Policen-Nr. angeben)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Unfälle mit Motorfahrzeugen

	Von Ihnen benütztes Fahrzeug	Kollisionsfahrzeug
Fahrzeug Art (z.B. Velo, Mofa, PW) und Marke, Typ	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Name und Adresse des Halters (Eigentümer)	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Name und Adresse des Lenkers	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Kontrollschild	_____	_____
Haftpflichtversicherung	Name _____ Agentur _____ Schaden-Nr. _____	_____ _____ _____
Insassenversicherung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Die **unterzeichnete Person bestätigt die Richtigkeit** der oben gemachten Angaben und **ermächtigt die Aquilana Versicherungen** bei Medizinalpersonen, medizinischen Einrichtungen, Amtsstellen und anderen Versicherungsträgern bzw. Versicherern die zur Beurteilung der Leistungspflicht notwendigen Auskünfte einzuholen und befreit diese ausdrücklich vom Berufsgeheimnis bzw. von der Schweigepflicht gegenüber den Aquilana Versicherungen.

Datum \_\_\_\_\_      Unterschrift der versicherten Person oder deren gesetzlicher Vertreter \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_