

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

Personalien

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Versicherten-Nr.	_____
Strasse, Nr.	_____	PLZ, Ort	_____
Tel. Privat	_____	Tel. Geschäft	_____
E-Mail	_____		

Berufliche Situation

Berufstätig?	ja	nein	angestellt	selbständig
	Student	Rentner/in	Kind	Hausfrau/-mann

Name und Adresse des Arbeitgebers zur Zeit des Unfalls _____

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

Informationen zum Unfall

Unfalldatum _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____ Uhrzeit

Ereignete sich der Unfall	auf dem Arbeitsweg	in der Freizeit	anderer Grund
	am Arbeitsplatz	während des Militärdienstes	

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 Lenkers

Kontrollschild

Haftpflichtversicherung

Name

Agentur

Schaden-Nr.

Insassenversicherung

ja

nein

ja

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.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person oder gesetzliche/r Vertreter/in