

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

**Eignete 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 \_\_\_\_\_  rechts  
ist/sind betroffen? \_\_\_\_\_  links

## Arbeitsunfähigkeit

Löste der Unfall eine  ja  nein  
Arbeitsunfähigkeit aus?

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
<b>Fahrzeug Art</b> (z.B. Velo, Mofa, PW) und Marke, Typ	_____	_____

<b>Name und Adresse des Lenkers</b>	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

**Kontrollschild** \_\_\_\_\_

<b>Haftpflichtversicherung</b>	<b>Name</b> _____	_____
	<b>Agentur</b> _____	_____
	<b>Schaden-Nr.</b> _____	_____

**Insassenversicherung**  ja  ja  
 nein  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