

MELDUNG UNFALL/UNFALLFOLGEN

JA (bitte Fragen 1-10 beantworten)

NEIN (Krankheit: _____)

Kontakt Leistungscenter Zürich
Telefon +41 44 556 55 60
Fax +41 44 556 55 12
lczuerich@atupri.ch

Atupri Gesundheitsversicherung AG
Leistungscenter
Andreasstrasse 15
Postfach
8050 Zürich Oerlikon

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen vollständig (in Blockschrift) und senden Sie diese Unfallmeldung **innert 10 Tagen** an Atupri.

1 Verletzte Person _____ Adresse _____

Versicherten-Nr. _____ Geburtsdatum _____

Telefon Privat _____ Telefon Geschäft _____

2 Ist die verletzte Person zum Unfallzeitpunkt Arbeitnehmer/in? Ja Nein
Schüler / in Student / in Lehrling Arbeitnehmer / in selbstständig nichterwerbstätig
Wenn ja, Name und Adresse des Arbeitgebers _____
Arbeitszeit pro Woche **weniger als 8 Stunden** **8 oder mehr Stunden**

2.1 Ist die verletzte Person zum Unfallzeitpunkt arbeitslos? Ja Nein
Wann und bei wem hat sie letztmals gearbeitet? _____
Erhält sie Arbeitslosengeld? Ja Nein

3 Unfalldatum _____ Unfallzeit _____ genauer Unfallort _____
Genaue Unfallbeschreibung (kurze Schilderung) _____

4 Art der Verletzung (genaue Bezeichnung, Kontusion/Fraktur, Körperteil links/rechts usw.) _____

Art der Behandlung _____ ambulant _____ stationär
In Behandlung bei (Name und Adresse der Ärzt/innen, Zahnärzt/innen, Physiotherapie, ambulante Behandlung in Spitälern usw.) _____
1 _____ 3 _____
2 _____ 4 _____
Bei stationärem Aufenthalt, Name des Spitals _____
Eintrittsdatum _____ Austrittsdatum _____

5 Hat jemand den Unfall verschuldet? Ja Nein

Name, Adresse, Tel.-Nr. Unfallverursacher / in

Name und Adresse ihrer / seiner Haftpflichtversicherung

6 Ist die verletzte Person anderswo für diesen Unfall versichert (z.B. Unfallversicherung des Arbeitgebers, Militärversicherung, andere Krankenversicherung, Schülerunfallversicherung, private Versicherung, Vereinsversicherung, Verbandsversicherung, Reiseversicherung, Ferienversicherung usw.)

Ja Nein

Wenn ja, wo?

Kommt diese vollumfänglich für die Heilungskosten auf? Ja Nein

Oder in Ergänzung zur Krankenversicherung? Ja Nein

Wir bitten Sie, die Versicherungspolice und die allgemeinen Versicherungsbedingungen oder Kopien davon beizulegen. Originalunterlagen erhalten Sie nach Einsichtnahme zurück.

7 Ist die verletzte Person bei der Unfallversicherung des Arbeitgebers für die halbprivate oder private Spitalabteilung versichert? Ja Nein

8 Sportunfälle

Gehört die verletzte Person als aktives Mitglied einem Verein/Verband an? Ja Nein

Wenn ja, bei welchem?

Besteht eine Zusatz-/Ergänzungsversicherung für Unfall? Wenn ja,

Name der Versicherung

Agentur

Policen-Nr.

9 Vorfälle mit Fahrzeugen

Fahrzeug der/des Verunfallten

Kollisionsfahrzeug

Art (z.B. Velo, Mofa, Auto)

Halter Name, Adresse, Tel.-Nr.
(Eigentümer / in)

Lenker / in - Name, Adresse, Tel.-Nr.

Kontrollschild-Nr.

Haftpflichtversicherung:
(Agentur/Policen-Nr.)

Insassenversicherung:
(Agentur/Policen-Nr.)

Wir bitten Sie die Versicherungspolice und die allgemeinen Versicherungsbestimmungen des Fahrzeughalters oder Kopie davon beizulegen. Originalunterlagen erhalten Sie nach Einsichtnahme zurück.

10 Ist ein Polizeirapport erstellt worden? Ja Nein

Name und Adresse von Zeugen

Atupri wird ermächtigt, in sämtliche Unfallakten (medizinische Akten, Unterlagen der SUVA und Privatversicherungen, Strafakten usw.) Einsicht zu nehmen.

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherungsnehmerin / des Versicherungsnehmers bzw. der / des gesetzlichen Vertreterin / Vertreters
