

# 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**

---