

ZAHNUNFALLMELDUNG

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

Atupri Gesundheitsversicherung AG
Leistungcenter
Andreasstrasse 15
Postfach
8050 Zürich Oerlikon

Bitte beantworten Sie die nachstehenden
Fragenvollständig (in Blockschrift) und senden
Sie diese Unfallmeldung **innert 10 Tagen** der 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 selbständig 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
Genau Unfallbeschreibung (kurze Schilderung)

4 Welche/r Zahn/Zähne wurde/n verletzt?

Wurde/n der/die verletzten Zahn/Zähne schon einmal behandelt? ja / Datum nein
Wenn ja, war es eine unfallbedingte Zahnbehandlung? ja / Datum vom: nein
Wer war damals der Kostenträger und der behandelnde Zahnarzt?

Wer führt die gegenwärtigen zahärztlichen Unfallbehandlungen durch? (genaue Adresse der/des Zahnärztin/-arztes)

1
2

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**
