

Policennummer | | | | | | | | | | | |

Unfallmeldung

- Standard:** Ignorieren Sie die Punkte 5 und 6
- Verkehrsunfall:** Ignorieren Sie Punkt 6
- Zahnunfall:** Ignorieren Sie Punkt 5

1. Allgemeine Informationen

.....

.....

2. Status der Person, die eine Verletzung erlitten hat

Sofern angestellt

Beruf, Name und Adresse des Arbeitgebers

.....

.....

Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden zum Zeitpunkt des Unfalls?

.....

Name des Unfallversicherers des Arbeitgebers (zum Beispiel Suva)

.....

Wurde der Unfall dort bereits gemeldet? Ja Nein

.....

Falls ja, geben Sie bitte die Schadennummer an

.....

Sofern nicht angestellt

Ohne Tätigkeit Hausfrau/-mann Selbstständig erwerbend Rentner/-in

.....

Student/-in Schüler/-in bzw. Kind Im Militärdienst

.....

Arbeitslos Wurde Arbeitslosengeld bezogen? Ja Nein

.....

Falls ja, von wann bis wann?

.....

3. Unfallhergang

Datum (TT.MM.JJJJ) | | | | | | | | | | | | Uhrzeit

Ort

.....

Detaillierte Beschreibung des Ereignishergangs. Nutzen Sie bei Bedarf die Rückseite dieses Blattes
(Zum Beispiel Sportart, andere Person, Fahrzeug, Gegenstand, besonderes Ereignis, besondere Wetterverhältnisse usw.)

.....

.....

.....

Unter welcher/welchen Telefonnummer/-n sind Sie tagsüber erreichbar?

.....

Eignete sich der Unfall bei einer schulischen Aktivität oder auf dem Schulweg? Ja Nein

.....

Eignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit oder auf dem Rückweg von der Arbeit? Ja Nein

.....



Policennummer

6. Zahnunfall

Ereignete sich der Zahnschaden während der Nahrungsaufnahme? (If no, you can ignore the following questions) Ja Nein

Welches Nahrungsmittel wurde konsumiert?

Hat sich etwas Ungewöhnliches zugetragen? Ja Nein

Falls ja, was?

Welcher Fremdkörper befand sich im Lebensmittel? Wurde er gesehen, oder ist das eine Annahme?
(Bitte geben Sie hierzu so viele Details wie möglich an.)

Befindet sich der Gegenstand, der den Kauschaden verursacht hat, noch im Besitz der verletzten Person? Ja Nein

Wurde der Gegenstand mit der Nahrung verschluckt?

Falls das mangelhafte Nahrungsmittel ausserhalb gekauft oder konsumiert wurde, wo und wann war das?

Gibt es einen Kaufbeleg? (Falls ja, bitte beilegen) Ja Nein

Wurde das Ereignis am Kaufort (Händler, Restaurant usw.) gemeldet? Ja Nein

Falls ja, bei wem und wann?

Falls nicht, warum gab es keine Meldung?

Ist die Haftpflichtversicherung des Händlers/Restaurants zuständig? Ja Nein

Falls ja, welche?

Schadensnummer, falls vorhanden

7. Andere Versicherungen

Wurde eine Unfallversicherung bei einer anderen Versicherungsgesellschaft abgeschlossen? Ja Nein

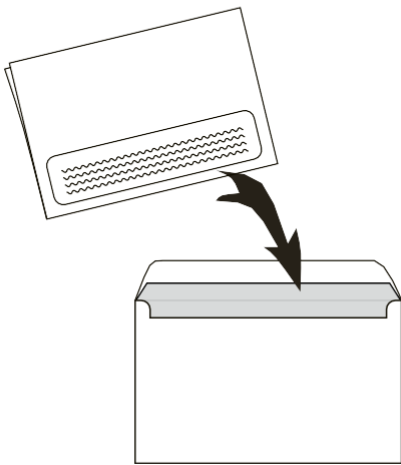
Name der Versicherungsgesellschaft	Welche Art der Versicherungsdeckung liegt vor? (Zum Beispiel Schülerunfallversicherung, Taggeldversicherung, Kapitalversicherung bei Invalidität/Todesfall, Spital-Zusatzversicherung für die Halbprivat-/Privatabteilung, Kosten für Notfalltransporte usw.)	Kollisionsfahrzeug
		
		
		
		
		
		
		

.....
.....
.....

Assura
Postfach 4
1052 Le Mont-sur-Lausanne

Begleitblatt für die Zusendung von Unterlagen

1. Legen Sie diese Begleitseite sowie das/die entsprechende/-n Dokument/-e in den frankierten Rückumschlag.



2. Stellen Sie sicher, dass die Adresse im Brieffenster sichtbar ist.

