

# Unfallanzeige

## Obligatorische Krankenpflegeversicherung (KVG) und Zusatzversicherungen (VVG)

Dieses Formular ist durch die versicherte Person, bzw. deren gesetzlichen Vertreter auszufüllen. Sie können das Dokument auch im Internet auf unserer Homepage [css.ch](http://css.ch) (Suchbegriff «Schadenanzeige») ausfüllen. Das Formular senden Sie uns bitte so rasch wie möglich an die auf der letzten Seite dieses Formulars aufgeführte Adresse. Ohne Ihre Angaben können wir Ihren Leistungsanspruch leider nicht prüfen. Bitte retournieren Sie das Formular auch dann, wenn kein Unfall vorgefallen ist und notieren Sie dies entsprechend im Feld «Bemerkungen» am Ende des Formulars. Für Kinder unter 15 Jahren brauchen Sie die Fragen 1.2, 1.3, 1.5 und 3.6 nicht zu beantworten. Haben Sie Fragen? Unser Contact Center 0844 277 277 hilft Ihnen gerne weiter. Vielen Dank.

Kundennummer

### 1 Allgemeine Auskünfte

**1.1**

Vorname	Name	Geburtsdatum	Strasse, Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort	E-Mail	Telefon	Erreichbar um
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 1.2 Bei welchem Arbeitgeber waren Sie zum Unfallzeitpunkt angestellt?

Name Arbeitgeber	Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort	Anzahl Stunden pro Woche
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 1.3 Kennen Sie die Unfallversicherung Ihres Arbeitgebers?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Name Versicherung	Schadensnummer
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 1.4 Wenn Sie in keinem Arbeitsverhältnis waren: Was ist der Grund?

<input type="checkbox"/> Selbstständig*	<input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann*	<input type="checkbox"/> Rentner/in*	<input type="checkbox"/> Nicht erwerbstätig*	<input type="checkbox"/> Kind
*Ihre letzte Anstellung? Von <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ich war noch nie angestellt				
Name Arbeitgeber	Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

### 1.5 Beziehen oder bezogen Sie Arbeitslosenunterstützung?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
-----------------------------	-------------------------------	---

### 2 Unfallhergang

#### 2.1 Wann, wo und wie ist der Unfall passiert?

Datum	Zeit		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Unfallort	Land		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Der Unfall ereignete sich	<input type="checkbox"/> Bei der Arbeit	<input type="checkbox"/> Auf dem Arbeitsweg	<input type="checkbox"/> In der Freizeit
Bitte beschreiben Sie den Unfallhergang (Tätigkeit, Witterung, beteiligte Personen, Fahrzeuge, Tiere, Maschinen etc.)			
<input type="text"/>			

#### 2.2 Wurde ein Polizeirapport erstellt?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Von welcher Amtsstelle? <input type="text"/>
-----------------------------	-------------------------------	--

### 2.3 War eine Drittperson am Unfall beteiligt?

Ja  Nein

Vorname/Name

Telefon

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

Name Haftpflichtversicherung der Drittperson

Policennummer/Schadennummer

Haftpflichtversicherung der Drittperson unbekannt

Die Drittperson hat keine Haftpflichtversicherung

### 2.4 War diese Drittperson am Unfall schuld?

Ja  Nein

### 2.5 Gibt es Zeugen des Unfalls?

Ja  Nein

Vorname/Name

Telefon

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

## 3 Verletzungen

### 3.1 Welche Verletzung haben Sie erlitten?

Art der Verletzung

Körperteil

Rechts  Links

### 3.2 Sind die Beschwerden sofort nach dem Ereignis aufgetreten?

Ja  Nein

### 3.3 Ist der Schmerz bzw. die Verletzung durch eine unkontrollierte oder ruckartige Bewegung ausgelöst worden?

Ja  Nein

Bemerkungen

### 3.4 Wer hat Sie zuerst behandelt (Arzt / Spital / Zahnarzt)?

Name

PLZ/Ort

### 3.5 Hat jemand anderes die Behandlung weitergeführt?

Ja  Nein

Name

PLZ/Ort

### 3.6 Sind oder waren Sie aufgrund der Verletzung arbeitsunfähig?

Ja  Nein

Grad der Arbeitsunfähigkeit

% von

bis

## 4 Andere Versicherungen

### 4.1 Haben Sie noch andere Versicherungen gegen Unfall?

Ja  Nein

Zusatzversicherung zur obligatorischen Unfallversicherung

ETI-Schuttbrief TCS

Name Agentur

Policennummer

Name Versicherung

Wenn Ja, bitten wir Sie, eine Kopie Ihrer Police beizulegen.

Bitte beachten Sie: Die folgenden Fragen sind *nur bei Verkehrsunfällen* zu beantworten.

**5 Beteiligte Fahrzeuge**

**5.1 Welche Fahrzeuge sind am Unfall beteiligt gewesen?**

Ihr Fahrzeug	<input type="checkbox"/> Velo	<input type="checkbox"/> Mofa	<input type="checkbox"/> Personenauto	<input type="checkbox"/> Anderes	<input type="text"/>
Fahrzeug der Drittperson	<input type="checkbox"/> Velo	<input type="checkbox"/> Mofa	<input type="checkbox"/> Personenauto	<input type="checkbox"/> Anderes	<input type="text"/>

**5.2 Wem gehört das Fahrzeug (Halter / Eigentümer)?**

Ihr Fahrzeug	Vorname/Name <input type="text"/>	PLZ/Ort <input type="text"/>	Kontrollschild/Marke <input type="text"/>
Fahrzeug der Drittperson	Vorname/Name <input type="text"/>	PLZ/Ort <input type="text"/>	Kontrollschild/Marke <input type="text"/>

**5.3 Wer hat das Fahrzeug zum Zeitpunkt des Unfalls gelenkt (Lenker)?**

Halter, Eigentümer war auch Lenker

Vorname/Name <input type="text"/>	PLZ/Ort <input type="text"/>
--------------------------------------	---------------------------------

**5.4 Welches ist die Haftpflichtversicherung von Ihnen bzw. der Drittperson?**

Ihr Fahrzeug	<input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt	Name Versicherung <input type="text"/>	Policennummer <input type="text"/>
Fahrzeug der Drittperson	<input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt	Name Versicherung <input type="text"/>	Policennummer <input type="text"/>

**5.5 Welches ist die Insassenversicherung von Ihnen bzw. der Drittperson?**

Ihr Fahrzeug	<input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt	Name Versicherung <input type="text"/>	Policennummer <input type="text"/>
Fahrzeug der Drittperson	<input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt	Name Versicherung <input type="text"/>	Policennummer <input type="text"/>

**6 Bemerkungen**

Bitte bestätigen Sie die Angaben mit Ihrer Unterschrift. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Die unterzeichnende Person erklärt, alle Fragen dieses Formulars wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben.

Die unterzeichnende Person tritt der CSS ihren allfälligen Haftpflichtanspruch aus obgenanntem Unfall bis zur Höhe der von ihr erbrachten Leistungen ab und nimmt davon Kenntnis, dass die CSS ihre Ansprüche gegenüber Dritten geltend machen kann. Mit der Unterzeichnung der Unfallanzeige wird die CSS ermächtigt, jederzeit gegenüber Ärzten, anderen Leistungserbringern, Sozial- und Privatversicherern, Arbeitgebern und Behörden resp. ihren Gesellschafts- und Vertrauensärzten unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes Auskünfte zu erteilen bzw. bei diesen Stellen die erforderlichen Auskünfte einzuholen, die zur Beurteilung des Versicherungsschutzes, der Schadenerledigung und der Geltendmachung allfälliger Regressansprüche notwendig sind. Die unterzeichnende Person entbindet hiermit diese Stellen von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht und willigt in die Bekanntgabe der Daten durch die CSS an diese Stellen ein. Diese Einwilligungen und Befreiungen gelten ohne zeitliche Befristung. Sie können jederzeit [durch Erklärung in Textform (z.B. E-Mail) an die CSS] widerrufen werden. Ein Widerruf wirkt nur für die Zukunft und kann dazu führen, dass Leistungen nicht erbracht werden. Die CSS kann Personendaten auch im Widerrufsfall weiterhin bearbeiten, soweit diese Bearbeitung gesetzlich gestattet ist oder überwiegenden Interessen dient.

Weitergehende Informationen über die Bearbeitung Ihrer Personendaten durch die CSS finden Sie auf unserer Homepage unter [css.ch/datenschutz](http://css.ch/datenschutz)

\*Rechtsträger für Grundversicherung (KVG): CSS Kranken-Versicherung AG oder Arcosana AG

\*Rechtsträger für Zusatzversicherungen (VVG): CSS Versicherung AG

\*Ihren Rechtsträger für Grundversicherung (KVG) und Zusatzversicherungen (VVG) entnehmen Sie bitte Ihrer Versicherungspolice.

Ort <input type="text"/>	Datum <input type="text"/>	Unterschrift der versicherten Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter <input type="text"/>
-----------------------------	-------------------------------	--

**Anschrift des Versicherers:**

CSS, Tribschenstrasse 21, Postfach 2550, 6002 Luzern