

<b>Unfallmeldung für Kinder</b>		<i>(Name der Versicherung)</i>
Wir bitten Sie, die Fragen vollständig zu beantworten und uns das Formular mit allfälligen Beilagen <b>innert 10 Tagen</b> unterzeichnet zurückzusenden. <b>Bitte verwenden Sie die Adresse, die auf Ihrem persönlichen Etikettenset aufgedruckt ist.</b>		
<b>Versicherte Person</b>	<b>Unfall</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>	Art der Verletzung <input style="width: 100px;" type="text"/>
Versicherten-Nr. <input style="width: 100px;" type="text"/>	Name, Vorname <input style="width: 100%; border-bottom: none;" type="text"/>	
Geburtsdatum <input style="width: 100px;" type="text"/>	Telefon <small>häufigste Erreichbarkeit</small> <input style="width: 100%; border-bottom: none;" type="text"/>	
	E-Mail <input style="width: 100%; border-bottom: none;" type="text"/>	
<b>1</b> Wann hat sich der Unfall ereignet?	Datum <input style="width: 100px;" type="text"/>	Uhrzeit <input style="width: 100px;" type="text"/>
<b>2</b> Ereignete sich der Unfall in einer Firma, einem Betrieb? <small>(z. B. während einer Schnupperlehre)</small>	<input type="checkbox"/> Ja, Name und Adresse der Firma/des Betriebes <input style="width: 100%; border-bottom: none;" type="text"/>	
<b>3</b> Genaue Beschreibung des Unfallhergangs <small>(Ort, Witterung, beteiligte Personen, Fahrzeuge, Maschinen, Tiere)</small>	<input style="width: 100%; border-bottom: none;" type="text"/>	
<b>4</b> Art der Verletzung <small>(genaue Bezeichnung, Körperteil, Zahn usw.)</small>	<input style="width: 100%; border-bottom: none;" type="text"/>	
<b>5</b> Wer war am Unfall beteiligt?	Name, Vorname <input style="width: 100%; border-bottom: none;" type="text"/>	Adresse <input style="width: 100%; border-bottom: none;" type="text"/>
<b>6</b> Hatte eine andere Person Verschulden am Unfall? <small>(z. B. Verkehrsunfall)</small>	<input type="checkbox"/> Ja, Name und Adresse des Versicherungsträgers (Haftpflichtversicherung) <input style="width: 100%; border-bottom: none;" type="text"/>	
	Police-Nr. oder Schaden-Nr. <input style="width: 100%; border-bottom: none;" type="text"/>	
<b>7</b> Wurde ein Polizeirapport erstellt?	<input type="checkbox"/> Ja, von welcher Amtsstelle (Name und Adresse) <input style="width: 100%; border-bottom: none;" type="text"/>	
<b>8</b> Besteht eine andere Unfall- oder Abredeversicherung? <small>(Schule, Verein, Private Unfallversicherung, Arbeitslosenversicherung)</small>	<input type="checkbox"/> Ja, Name, Agentur der Versicherungsgesellschaft <input style="width: 100%; border-bottom: none;" type="text"/>	
	<input style="width: 100px;" type="text"/>	vom <input style="width: 100px;" type="text"/> bis <input style="width: 100px;" type="text"/>
<b>9</b> Wurde der Unfall bereits einer anderen Versicherung gemeldet?	<input type="checkbox"/> Ja, Name und Adresse des Versicherungsträgers <input style="width: 100%; border-bottom: none;" type="text"/>	
	Police-Nr. oder Schaden-Nr. <input style="width: 100%; border-bottom: none;" type="text"/>	
Ich bestätige hiermit die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Mit meiner Unterschrift entbinde ich Spitäler, Ärzte sowie medizinisches Personal, Behörden, Amtstellen und andere Versicherungsgesellschaften von ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht gegenüber <i>(Name der Versicherung)</i> und ermächtige sie, die im Zusammenhang mit dem Unfall erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Zudem ermächtige ich die <i>(Name der Versicherung)</i> , die für die Regressforderung massgebenden Unterlagen an die beteiligten Haftpflichtversicherungen bzw. haftpflichtigen Dritten auszuhändigen.		
Ort und Datum <input style="width: 100%; border-bottom: none;" type="text"/>	Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters <input style="width: 100%; border-bottom: none;" type="text"/>	
Wird von der <i>(Name der Versicherung)</i> ausgefüllt	Regress <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Datum	Visum <input style="width: 100px;" type="text"/>
Die <i>(Name der Versicherung)</i> ist ermächtigt, alle Handlungen im Namen und für Rechnung der <i>(Name der Versicherung)</i> vorzunehmen.		