



Unfallmeldung

(Von der versicherten Person bzw. ihrem gesetzlichen Vertreter auszufüllen).

Wir bitten Sie, alle zutreffenden Fragen genau und vollständig zu beantworten (keine Striche!) und uns die Unfallmeldung umgehend zuzustellen.

Bearbeitet durch:

Direktwahl:

Ausgabestelle	Ausgestellt am
Versicherte Person	
Versicherten-Nr.	Geburtsdatum

1. Weitere Angaben zur verletzten Person

1.1 Berufstätig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Nebenerwerb (Saisonstelle, Teilzeit) <input type="checkbox"/> Schnupperlehre <input type="checkbox"/> _____
1.2 Name und Adresse des Arbeitgebers zur Zeit des Unfalls
1.3 Arbeitszeit? Tage pro Woche _____ Stunden pro Woche _____ berufliche Tätigkeit _____
1.4 Sind Sie arbeitslos? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wann haben Sie sich beim Arbeitsamt gemeldet? _____ Wenn ja, beziehen Sie Taggelder der Arbeitslosenversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom _____ bis _____ Bei wem haben Sie vor der Arbeitslosigkeit letztmals gearbeitet? _____
1.5 Ihre Telefon-Nr. für Rückfragen Privat _____ Geschäft _____

2. Unfallhergang

2.1 Unfalldatum _____ Zeit _____ Ort _____ Ereignete sich der Unfall <input type="checkbox"/> auf dem Arbeitsweg <input type="checkbox"/> am Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> in der Freizeit <input type="checkbox"/> während des Militärdienstes <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> innerhalb von 30 Tagen nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses (Nachdeckung UVG)
2.2 Genaue Beschreibung des Unfallhergangs (kurze Schilderung)
2.3 Hat eine Drittperson Verschulden am Unfall? (Für Verkehrsunfälle siehe zusätzliche Fragen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.4 Name, Adresse und Tel.-Nr. derselben
2.5 Name und Adresse deren Haftpflichtversicherung
2.6 Zeugen (Name, Adresse, Tel.-Nr.)
2.7 Wurde ein Polizeirapport erstellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Von welcher Amtsstelle?

3. Verletzungen

3.1 Art der Verletzungen (genaue Bezeichnung, Körperteil, Zahn usw.)	
3.2 Erstbehandelnder Arzt/Zahnarzt (genaue Adresse)	Weiterbehandlung durch
3.3 Sind Sie arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 100% ab _____ / _____ % ab _____	

4. Andere Versicherungen

Durch welche der nachstehend aufgeführten Versicherungen sind Sie obligatorisch und/oder zusätzlich gegen Unfall versichert und in welchem Umfang? Bitte Zutreffendes genau ausfüllen. **Besteht keine andere Versicherung, ist in jedem Feld «nein» anzukreuzen.**

Versicherung	Versicherungsträger	Versicherungsdeckung
4.1 Obligatorische Unfallversicherung des Arbeitgebers? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name Schaden-Nr.	gemäss UVG
4.2 Zusatzversicherung zu obligatorischer Unfallversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name, Agentur Policen-Nr.	Welche Heilungskostendeckung besteht?
4.3 Private Unfallversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name, Agentur Policen-Nr.	Heilungskostendeckung? <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> in Ergänzung zur Krankenkasse <input type="checkbox"/> keine
4.4 Schulunfallversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name, Agentur Policen-Nr.	Heilungskostendeckung? <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> in Ergänzung zur Krankenkasse <input type="checkbox"/> keine

5. Zusätzliche Fragen bei Verkehrsunfällen

	Von Ihnen benütztes Fahrzeug	Kollisionsfahrzeug
5.1 Fahrzeugart (z.B. Velo, Mofa, PW) + Marke, Typ		
5.2 Halter (Eigentümer) Name, Adresse		
5.3 Lenker Name, Adresse		
5.4 Kontrollschild		
5.5 Haftpflichtversicherung	Name Agentur Policen-Nr.	
5.6 Insassenversicherung? Wer ist eingeschlossen?	Name Agentur Policen-Nr.	Heilungskostendeckung? <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> in Ergänzung zur Krankenkasse <input type="checkbox"/> keine

Bemerkungen

Bei Haftpflichtfällen sind Abfindungen, Vergleiche sowie Leistungsverzichtserklärungen der Visana/Visana Versicherungen AG vor Bezug bzw. Unterzeichnung zu melden. Wird diese Meldepflicht verletzt, verlieren Sie Ihre Leistungsansprüche bei der Visana/Visana Versicherungen AG.
Gegenüber Dritten, die für den Versicherungsfall haften, tritt die Visana im Zeitpunkt des Ereignisses bis zur Höhe der im Krankenversicherungsgesetz (KVG) vorgeschriebenen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person ein.
Die Visana Versicherungen AG deckt aus der Versicherung nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG) nur den Teil des Schadens, welcher nicht durch haftpflichtige Dritte übernommen werden muss. Hat die Visana Versicherungen AG Leistungen erbracht, welche haftpflichtige Dritte übernehmen müssen, so gehen die Ansprüche der versicherten Person gegenüber den Dritten im Umfang der von der Visana Versicherungen AG erbrachten Leistungen an diese über.
Der/Die Unterzeichnende erklärt, alle Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben, und ermächtigt die Visana/Visana Versicherungen AG zur Einsichtnahme in sämtliche den Unfall betreffenden Akten (z.B. medizinische Unterlagen, Akten der SUVA, der Militärversicherung und des privaten Unfallversicherers, amtliche Akten).

Ort und Datum:

Unterschrift der versicherten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters:

Bitte innert 5 Tagen ausgefüllt dem für Sie zuständigen Leistungszentrum zurücksenden