

# Unfall-Schadenanzeige

Police-Nr.

## Versicherungsnehmer/in

1 Name	Vorname
2 Strasse, Nr.	Telefon <input type="checkbox"/> Geschäft <input type="checkbox"/> Privat
PLZ, Ort	E-Mail
3 Bank-/Postverbindung	Fax

## Verunfallte/r

4 Name	Vorname	Geburtsdatum
5 Adresse (Strasse, PLZ, Ort)	Telefon	
6 Beruf	Evtl. Nebenbeschäftigung	

## Unfallhergang

7 Unfalldatum	Zeit <input type="checkbox"/> vormittags Uhr <input type="checkbox"/> nachmittags	Unfallort
8 Schadenort (genaue Bezeichnung von Ort, Strasse, Räumlichkeit usw.)		
9 Wie hat sich der Unfall zugetragen? Welches ist seine bekannte oder mutmassliche Ursache?		

10 Zeugen? (Namen, Adressen)

11 Ist ein Polizeirapport erstellt worden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Durch welche Stelle?
---	----------------------

12 Sofern ein Motorfahrzeug beteiligt war: Kontrollschild Nr.	War der/die Verunfallte <input type="checkbox"/> Nein Insasse/Insassin? <input type="checkbox"/> Ja
--	--

13 Name, Adresse des Fahrzeughalters/der Fahrzeughalterin

## Verletzungen

14 Art der Verletzungen	Verletzter Körperteil
15 Wo befindet sich <input type="checkbox"/> zu Hause der/die Verunfallte? <input type="checkbox"/> im Spital	Wann wurde erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? Datum
16 Behandelnder Arzt (Name, Adresse)	
17 Welche Heilungsdauer stellt er in Aussicht?	Ist Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> Nein entstanden? <input type="checkbox"/> Ja, seit Grad %

18	Hat der/die Verunfallte schon früher einmal von unserer oder einer anderen Gesellschaft eine Unfallentschädigung erhalten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wann?
19	Von wem?		
20	Wofür wurde die Entschädigung erbracht?		
	<input type="checkbox"/> Invalidität	<input type="checkbox"/> Taggeld	<input type="checkbox"/> Heilungskosten

### Mitbeteiligte Versicherungen

21	Ist der/die Verunfallte noch anderswo gegen Unfall versichert?	(UVG, Krankenkasse, privat, durch Arbeitgeber/in, als Motorfahrzeug-Insasse/Insassin oder -Mitfahrer/in)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
22	Bei wem?				
23	Summen: Tod CHF	Invalidität CHF	Taggeld CHF	Spitaltaggeld CHF	Heilungskosten CHF

### Zusatzfragen (Nur beantworten bei Kollektivversicherung)

24	Art des versicherten Betriebes	Als was ist der/die Verunfallte beschäftigt?					
25	Der Unfall hat sich ereignet <input type="checkbox"/> während der Betriebszeit resp. auf dem Arbeitsweg <input type="checkbox"/> ausserhalb der Betriebszeit						
26	Entlöhnung: <input type="checkbox"/> Stunden- <input type="checkbox"/> Tag- <input type="checkbox"/> Wochen- <input type="checkbox"/> Monats- <input type="checkbox"/> Akkordlohn mit CHF						
27	Nur bei Stunden- oder Taglohn beantworten: Normale Arbeitszeit des/der Verunfallten? Pro <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Woche	Stunden					
28	Wenn zusätzlich Kost und Logis bezogen wird: Welcher Betrag ist dafür im Lohnbuch eingetragen?	CHF					
29	Welcher Lohn wird für die/den Verunfallte/n in den AHV-Listen aufgeführt?	CHF pro <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> Jahr					
30	Seit wann ist sie/er im versicherten Betrieb beschäftigt? Datum:	ständig? <input type="checkbox"/> aushilfsweise? <input type="checkbox"/> halbtags? <input type="checkbox"/>					
31	Ist die/der Verunfallte mit Ihnen verwandt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Verwandtschaftsgrad:	Lebt sie/er im gleichen Haushalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
32	Wieviel Personen, einschliesslich der/des Verunfallten, wurden zur Zeit des Unfalls im versicherten Betrieb beschäftigt?						
	Angestellte	Arbeiter	Reisende	Aushilfen	Lehrlinge	Tagelöhner	Volontäre

### Zusatzfragen für Landwirtschaftsbetriebe

33	Anzahl: a) der ständig im Betrieb tätigen bzw. in Hausgemeinschaft mit dem/der Versicherungsnehmer/in lebenden über 16 Jahre alten Personen einschliesslich Versicherungsnehmer/in, Ehegatte und Verwandte  b) der im Betrieb tätigen Arbeitnehmer/innen unter 16 Jahren	Mehr als 6 Monate pro Jahr beschäftigt		Weniger als 6 Monate pro Jahr beschäftigt	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen
		a)			
		b)			

### Information, Erklärung und Unterschrift der Versicherungsnehmerin / des Versicherungsnehmers

34 Im Rahmen der Prüfung des Schadenfalles werden wir Ihre Daten (insbesondere Gesundheitsdaten) im erforderlichen Ausmass bearbeiten und sachdienliche Abklärungen auch bei Dritten im In- und Ausland (z.B. Arbeitsstellen, Beteiligte, Versicherer, Experten, Medizinalpersonen, Spitäler) vornehmen, soweit diese für die Anspruchsbeurteilung notwendig sind. Eine Weitergabe an Dritte kann im gesetzlich vorgesehenen Rahmen erfolgen.

Die unterzeichnete Person ermächtigt die Schweizerische National-Versicherungs-Gesellschaft (nachfolgend Nationale Suisse genannt), die zur Abwicklung des angemeldeten Schadens notwendigen Daten zu bearbeiten. Falls erforderlich, werden die Daten an involvierte Dritte im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, zur Bearbeitung übermittelt.

Die unterzeichnete Person ermächtigt die Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen, Nationale Suisse auf Anfrage die zur Abwicklung des vorliegenden Schadens erforderlichen Daten bekannt zu geben und entbindet diese Personen ausdrücklich von deren Geheimhaltungspflicht.

Nationale Suisse wird ausserdem ermächtigt, beim Arbeitgeber, bei Arbeitsstellen und Dritten, insbesondere bei IV-Stellen, beruflichen Vorsorgeeinrichtungen (Pensionskassen), Krankenkassen, UVG-Versicherern, Arbeitslosenstellen und anderen beteiligten Sozial- und Privatversicherern sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in deren Akten Einsicht zu nehmen. Die vorerwähnten Personen und Stellen, die Akteneinsicht gewähren, sind befugt, Nationale Suisse Kopien der zur Abwicklung des angemeldeten Schadens relevanten Akten auch ohne erneutes Gesuch zuzustellen. Die unterzeichnete Person ermächtigt Nationale Suisse, Daten an die zuständige IV-Stelle, Pensionskasse oder an andere beteiligte Sozial- oder Privatversicherer zu übermitteln. Sodann ermächtigt die unterzeichnete Person Nationale Suisse im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten bzw. dessen Haftpflichtversicherer, diesen die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten mitzuteilen.

Die Ermächtigung der unterzeichneten Person erfolgt unabhängig von einer Leistungspflicht seitens Nationale Suisse. Die Datenbearbeitung durch Nationale Suisse erfolgt nach den Grundsätzen gemäss Datenschutzgesetz.

35	Ort und Datum	Unterschrift
----	---------------	--------------