

UNFALLERKLÄRUNG

A. UNFALLVERLETZTER

1.	Name und Vorname : Strasse : Hauptwohnsitz (Gemeinde) : <input type="text"/> PLZ : <input type="text"/> Telefonnummer : <input type="text"/> Handy : <input type="text"/> Email: <input type="text"/>											
2.	Nationalregisternummer : <input type="text"/>											
3.	Sie Sind : <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/> Arbeiter/Ang</td> <td style="width: 25%; padding-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/> Beamter</td> <td style="width: 25%; padding-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/> Rentner</td> <td style="width: 25%; padding-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/> Invalide</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Arbeitsuchend</td> <td><input type="checkbox"/> Selbstständig</td> <td><input type="checkbox"/> Person zu Lasten</td> <td><input type="checkbox"/> Interim</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Arbeiter/Ang	<input type="checkbox"/> Beamter	<input type="checkbox"/> Rentner	<input type="checkbox"/> Invalide	<input type="checkbox"/> Arbeitsuchend	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Person zu Lasten	<input type="checkbox"/> Interim
<input type="checkbox"/> Arbeiter/Ang	<input type="checkbox"/> Beamter	<input type="checkbox"/> Rentner	<input type="checkbox"/> Invalide									
<input type="checkbox"/> Arbeitsuchend	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Person zu Lasten	<input type="checkbox"/> Interim									

B. UNFALL

Voraussichtliches Datum des Unfalles : <input type="text"/>		
Tag und Stunde des Unfalles : <input type="text"/>		
Vervollständigen Sie den Rest der Erklärung gemäß der nachstehenden Tabelle		
	Art des Unfalls	Was soll ausgefüllt werden ?
<input type="checkbox"/>	Es handelt sich nicht um einen Unfall aber um eine Krankheit oder um eine medizinische Behandlung die nicht im Zusammenhang mit einem Unfall verbunden ist.	Art der Verletzung: Sie müssen auch am Ende des Dokuments datieren und unterschreiben
<input type="checkbox"/>	Es handelt sich um einen Unfall wofür kein Dritter haftet (Schule, Sport, Privat, ...).	Rubrik C und D
<input type="checkbox"/>	Arbeitsunfall.	Rubrik C, E und H
<input type="checkbox"/>	Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit.	Rubrik C, E, F und H
<input type="checkbox"/>	Verkehrsunfall.	Rubrik C, F und H
<input type="checkbox"/>	Vorsätzliche Verletzungen	Rubrik C, G und H
<input type="checkbox"/>	Anderer Unfall wofür ein Dritter haftet.	Rubrik C, G und H

Vergessen Sie nicht das Formular am Ende zu datieren und zu unterschreiben

C.***KLARE UND GENAUE BESCHREIBUNG DES UNFALLHERGANGS UND DES PERSONENSCHADENS***

1. Sollten die Verletzungen die Folge eines früheren Unfalls sein, geben Sie uns bitte das genaue Datum an:

2. Unfallort (genaue Anschrift):

3. Klare und genaue Umstände und Skizze des Unfalls:

4. Beschreiben Sie die Art Ihrer Verletzungen:
Wenn Sie im Besitz eines ärztlichen Attests sind, senden Sie uns eine Kopie

5. Wenn Sie ins Krankenhaus eingeliefert wurden:
Name des Krankenhauses
Krankenhausaufenthalt von: bis

6. Vermutliche Dauer der Unfähigkeit:

D.***UNFALL WOFÜR EIN DRITTER NICHT HAFTE (SCHULE, SPORT, PRIVAT, ...)***

Bei Verkehrsunfall, vervollständigen Sie die Rubrik F.

1. Name und Anschrift der Schule, des Clubs oder des Veranstalters:

2. Name und Anschrift der Versicherungsgesellschaft:

Nummer der Police:

Unfallnummer:

E.	ARBEITSUNFALL ODER UNFALL AUF DEM WEG VON ODER ZUR ARBEIT		
-----------	--	--	--

	Wenn es sich um einen Unfall auf dem Weg zur Arbeit handelt, füllen Sie ebenfalls die die Rubrik F.		
1.	Ist der Arbeitgeber über den Unfall unterrichtet worden?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
2.	Name und Anschrift des Arbeitgebers:		
3.	Name und Anschrift der Versicherungsgesellschaft des Arbeitgebers (gesetzlicher Versicherer):		
	Nummer der Police:	Unfallnummer:	
4.	Bei Verweigerung durch den gesetzlichen Versicherer und falls gegen diesen eine Klage erhoben wurde, senden Sie uns die Angaben der Gesellschaft oder der Person, die Ihre Verteidigung gewährleistet:		

F.	VERKEHRSUNFALL		
-----------	-----------------------	--	--

1.	Ist ein Protokoll aufgenommen worden?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	Durch die Polizei von:		
	Datum des Protokolls:	N° des Protokolls:	
Sollten Sie ein Protokoll der Vernehmung besitzen, senden Sie uns bitte eine Kopie.			
2.	Sie waren:	<input type="checkbox"/> Fahrer des Fahrzeugs	<input type="checkbox"/> Beifahrer
		<input type="checkbox"/> Fußgänger	<input type="checkbox"/> Radfahrer
3.	Name und Anschrift des Besitzers des Fahrzeugs:		
	Amtliches Kennzeichen des Fahrzeugs:		
	Versicherungsgesellschaft des Fahrzeugs:		
	Nummer der Police:	Unfallnummer:	
	Teilen Sie uns bitte die vollständigen Koordinaten aller Insassen des Fahrzeugs		
	Name und Anschrift des Verantwortlichen Dritten:		
	Amtliches Kennzeichen des Fahrzeugs:		
	Versicherungsgesellschaft des Fahrzeugs:		
	Nummer der Police:	Unfallnummer:	
4.	Haben Sie von der Gegenpartei eine Entschädigung gefordert?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	Wurden Sie für Ihre Körperverletzung entschädigt?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	Eine gütliche Einigung hat stattgefunden?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	Wenn ja, woraus besteht diese einvernehmliche Vereinbarung?		

G. VORSÄTZLICHE VERLETZUNGEN, ANDERER UNFALL WOFÜR EIN DRITTER HAFTET (AGGRESSION, KAMPF, TIERE, ...)

1.	Vorsätzliche Verletzungen:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	Anderer Unfall wofür ein Dritter haftet:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
2.	Ist ein Protokoll aufgenommen worden?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	Durch die Polizei von:		
	Datum des Protokolls:	Datum des Protokolls:	
	Ist eine Beschwerde eingereicht worden?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Sollten Sie ein Protokoll der Vernehmung besitzen, senden Sie uns bitte eine Kopie.			
3.	Name und Anschrift der gegen Partei:		
	Versicherungsgesellschaft:		
	Nummer der Police:	Unfallnummer:	
4.	Haben Sie von der Gegenpartei eine Entschädigung gefordert?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	Wurden Sie für Ihre Körperverletzung entschädigt?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	Eine gütliche Einigung hat stattgefunden?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	Wenn ja, woraus besteht diese einvernehmliche Vereinbarung?		
	Name und Anschrift Ihres Rechtsanwaltes:		

H. EINVERSTÄNDNIS

Gemäß des Datenschutzgesetzes vom 30. Juli 2018 über den Schutz des Privatlebens hinsichtlich der Verarbeitung personenbezogener Daten und gemäß des Gesetzes vom 22. August 2002 bezüglich der Rechte der Patienten, ich Unterzeichne(r).....
 erlaube ausdrücklich die Neutrale Krankenkasse oder Ihren Vertrauensarzt gegebenenfalls, alle Dokumente, Belege und Gutachten, nur im Zusammenhang mit dem oben genannten Unfall, die für die Anwendung von Artikel 136 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung erforderlich und unabdingbar sind, in irgendeiner Weise einzufordern, zu sammeln und zu übermitteln.
 Ich erlaube ebenfalls der Krankenkasse bei meinem Rechtsanwalt oder meiner Gewerkschaft die Unterlagen, die benötigt werden um die Verwaltung meiner Akte, anzufordern.

Ich erkläre darüber informiert zu sein, dass ich mich nicht auf eine gütliche Einigung mit der Gegenpartei ohne die Zustimmung der Krankenkasse berufen kann. Ich verpflichte mich der Krankenkasse alle Dokumente zu dem oben genannten Vorfall mitzuteilen. Ich weiß, dass eine falsche oder unvollständige Erklärung eine Geld- oder Freiheitsstrafe zu Folge haben kann, gemäß dem Königlichem Erlaß vom 31.05.1993 des Sozialstrafgesetzbuches über die Angaben zu den Subventionen, Zulagen jeglicher Art, die ganz oder teilweise vom Staat getragen werden.
 Ebenso weiß ich, dass eine falsche oder unvollständige Erklärung oder die Anwendung solcher, die Anwendung einer Verwaltungsstrafe zu Folge haben kann, und zwar eine administrative Sanktion, nämlich den Ausschluss vom Recht auf Leistungen der Kranken- und Invalidenversicherung, das heißt Ausschluss entweder vom Recht auf Geldleistungen, oder den Ausschluss vom Recht auf alle Leistungen (K.E. vom 10.01.1969).

Ich bestätige auf Ehrenwort, dass diese Erklärung wahrhaft und, meines Wissens, vollständig ist.

Datum:

Unterschrift: