

KRANKENKASSE SLKK
 Leistungsabteilung (LEA)
 Postfach
 8042 Zürich

Unfall-Anzeige

(vom Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreter auszufüllen)

Wir bitten Sie, alle Fragen genau und vollständig zu beantworten und uns die Unfall-Anzeige **innert 5 Tagen** zuzustellen. Wir verweisen diesbezüglich auf Art. 111 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

1. Verletzte Person

1.1 Name, Vorname Geb.-Datum		Versicherten-Nr.:	
1.2 Adresse	Tel.-Nr. Privat E-Mail-Adresse	Geschäft	
1.3 *Berufliche Tätigkeit			
1.4 Name und Adresse des Arbeitgebers	1.5 *Arbeitszeit	Stunden je Woche	
1.6 Wenn arbeitslos: - Wann und bei wem waren Sie letztmals angestellt?			
- Bezogen Sie seither Taggeld der Arbeitslosenversicherung		<input type="checkbox"/> ja, vom _____	<input type="checkbox"/> bis _____
		<input type="checkbox"/> nein	

2. Unfallhergang

2.1 Unfalldatum	Zeit	Ort	Strasse
2.2 Genaue Beschreibung des Unfallhergangs (kurze Schilderung, eventuell Skizze)			
2.3 Hat eine Drittperson Verschulden am Unfall? (Für Verkehrsunfälle siehe zusätzliche Fragen)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.5 Name und Adresse ihrer/seiner 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?
2.8 Bei Sportunfällen: Name des Vereins?			

* zum Zeitpunkt des Unfalles

➔ Bitte wenden

