

SWICA Gesundheitsorganisation
 Regionaldirektion Bern
 Monbijoustrasse 16
 3001 Bern



Tel. 031 388 11 44

Unfallanzeige

Name/Vorname des/der Versicherten	
Policen-Nr. 9098.5539	Arbeitgeber Name
Strasse	Adresse
Plz Ort	Wöchentliche Arbeitszeit <input type="checkbox"/> mehr als 8 Std. <input type="checkbox"/> weniger als 8 Std.
Tel.-Nummer P.	Selbständig erwerbend <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tel.-Nummer G.	Wenn arbeitslos, letzter Arbeitgeber
Geb.-Datum	Datum des letzten Anstellungstages
Zivilstand	Bezug von Leistungen der Arbeitslosenkasse <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (weshalb?)

Unfalldatum	Uhrzeit
Ort des Unfalls	
Wann ereignete sich der Unfall? <input type="checkbox"/> Bei der Arbeit <input type="checkbox"/> Auf dem Arbeitsweg <input type="checkbox"/> In der Freizeit Zutreffendes bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> In der Schule <input type="checkbox"/> Auf dem Schulweg	
Wie kam es zum Unfall? (Bitte genaue Beschreibung des Herganges)	
Wer ist für den Unfall verantwortlich? Name, Adresse	
Haftpflichtversicherung des Verursachers	
Policen-Nr. der Haftpflichtversicherung	

Schaden	Art der Verletzung	
	Betroffene(r) Körperteil(e) (rechts/links)	
	Arbeitsunfähigkeit	% vom bis
	Behandelnder Arzt/Spital	
	Nachbehandelnder Arzt/Spital	
	Behandlung abgeschlossen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Zeuge	Name Vorname	
	Strasse	
	PLZ und Ort	
Polizeirapport	Wurde ein Polizeirapport erstellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Amtsstelle:	
Nur bei Verkehrsunfall ausfüllen	Fahrzeug unseres/unsere(r) Versicherten	War der/die Versicherte <input type="checkbox"/> Lenker/in? <input type="checkbox"/> Mitfahrer/in? <input type="checkbox"/> Halter/in?
		Kontrollschild des Fahrzeuges
		Besteht eine Insassenversicherung? <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Kopie der Police beilegen) <input type="checkbox"/> Nein
	Fahrzeug des Verursachers	Name Vorname des Halters
		Strasse
		PLZ und Ort
		Fahrzeugtyp
		Kontrollschild
		Haftpflichtversicherung
	Weitere Versicherungen	Besteht eine Unfallversicherung? <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Kopie der Police beilegen) <input type="checkbox"/> Nein
Name der Versicherung		

Der Unterzeichnete ermächtigt die SWICA, bei allen amtlichen und privaten Stellen und bei anderen Versicherungsgesellschaften die zur Beurteilung der Leistungspflicht und allfälliger Regressforderungen notwendigen Auskünfte einzuholen. Er befreit die Medizinalpersonen von der ärztlichen Schweigepflicht und die übrigen Stellen von einem allfälligen Berufsgeheimnis. Diese Vollmacht kann jederzeit widerrufen werden.

Die anspruchsberechtigte Person tritt im Rahmen der Leistungen der SWICA sämtliche Forderungen gegenüber Haftpflichtigen oder Drittleistungspflichtigen an die SWICA ab.

Ort und Datum:

Unterschrift der/des Versicherten
oder des gesetzlichen Vertreters