

Unfallformular

Versicherungsnehmer (vollständiger Name)
--

Versicherungsnummer

Bitte beachten Sie, dass die mit * versehenen Felder Pflichtfelder sind. Das Formular wird an Sie zurückgesendet, falls die Pflichtfelder nicht ausgefüllt wurden.

1. Allgemeine Fragen*

1. Name der verletzten Person	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)
Telefonnummer (+ Ländervorwahl/Vorwahl)	
2. Datum des Unfalls	Uhrzeit des Unfalls
3. Genauer Ort des Unfalls (vollständige Adresse)	
4. Wurde die Polizei benachrichtigt? Falls ja, bitte legen Sie den Polizeibericht bei. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
5. Werden Sie von einem Rechtsanwalt oder einer anderen Partei bezüglich dieser Forderung vertreten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, geben Sie bitte alle Kontaktdaten, einschließlich der Fallnummer, an:	
6. Waren Alkohol/Drogen auf irgendeine Weise ein beitragender Faktor für den Unfall? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, bitte Details angeben:	
7. Wurde eine Blutprobe genommen, um auf Alkohol oder Drogen zu testen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja, schicken Sie uns bitte eine Kopie der Ergebnisse.	
8. Beschreibung der erlittenen Verletzungen (z. B. Art der Verletzung, betroffenes Körperteil)	
9. Notfallbehandlung wurde geleistet	
a) ambulant in einer Arztpraxis (Name und Adresse)	Datum/Daten (von – bis)
b) ambulant im Krankenhaus (Name und Adresse)	Datum/Daten (von – bis)
c) stationär im Krankenhaus (Name und Adresse)	Datum/Daten (von – bis)

2. Arbeitsunfall

1. Beruf

2. Ereignete sich der Unfall

- während der Arbeit an Ihrem üblichen Arbeitsplatz?
- während der Arbeit außerhalb Ihres üblichen Arbeitsplatzes (Geschäftsreise, kurzfristige Delegation usw.)?
- auf dem Weg zur Arbeit oder nach Hause?
- während einer professionellen sportlichen Aktivität?

3. Sind Sie

- angestellt?
- selbstständig?

Falls beides zutrifft, bitte Details angeben:

4. Wenn Sie angestellt sind:

Hat Ihr Arbeitgeber eine Haftpflichtversicherung? Ja Nein

Wurde der Unfall Ihrem Arbeitgeber gemeldet? Ja Nein

5. Wenn Sie selbstständig sind:

Haben Sie eine gesetzliche Unfallversicherung? Ja Nein

Falls ja, bitte vollständige Kontaktdaten angeben:

Sind Sie freiwillig in der Berufsgenossenschaft versichert? Ja Nein

3. Kindergarten und Schulunfälle

1. Ereignete sich der Unfall

- beim Besuch einer Kindergarten- oder Ausbildungseinrichtung?
- auf dem Weg von oder zu einer Kindergarten- oder Ausbildungseinrichtung?
- auf dem Gelände einer Kindergarten- oder Ausbildungseinrichtung außerhalb der Kindergarten- oder Schulzeiten

Falls keiner der obigen Punkte zutrifft, bitte Details angeben:

4. Freizeitunfall

1. Ereignete sich der Unfall

- während einer Sportveranstaltung, die von einem Unternehmen gesponsert oder organisiert wurde (z. B. Marathon, Volleyball usw.)?
- während der Teilnahme an einer Sportklubaktivität?

Falls Sie Mitglied eines Sportklubs sind, hat dieser Klub eine Haftpflichtversicherung? Ja Nein

Bitte geben Sie die vollständigen Kontaktdaten des Sportklubs an:

- während einer Sportaktivität, die nicht oben aufgefasst ist (Joggen, Rollschuhfahren, Skifahren usw.)?

Bitte Details angeben:

5. Verkehrsunfälle

1. Waren Sie

- zu Fuß unterwegs?
- mit dem Fahrrad unterwegs?
- der Fahrer mit dem Fahrzeug mit dem Fahrzeugkennzeichen
- ein(e) Mitfahrer/in im Fahrzeug mit dem Kennzeichen

Falls Sie sich in einem Fahrzeug befanden, hatten Sie einen Sicherheitsgurt angelegt?

Ja Nein

Falls Sie zum Unfallzeitpunkt ein Motorrad/Moped fuhren, trugen Sie einen Helm?

Ja Nein

2. Name und Anschrift des/der Fahrzeugführers/Fahrzeugführerin

Wurde eine Blutprobe vom Fahrer/der Fahrerin genommen, um auf Alkohol oder Drogen zu testen?

Ja Nein

Falls ja, schicken Sie uns bitte die Ergebnisse.

3. Name und Anschrift des/der Fahrzeugeigentümers

Versicherungsunternehmen des Fahrzeugs (Name und Adresse)

Policenummer

4. Gab es andere am Unfall beteiligte Fahrzeuge? Ja Nein

Falls ja, bitte geben Sie das Kennzeichen des anderen Fahrzeugs an:

Name und Adresse des Fahrers des anderen Fahrzeugs

Name und Adresse des Eigentümers des anderen Fahrzeugs

Versicherungsunternehmen des Fahrzeugs (Name und Adresse)

Policenummer

5. Haben Sie eine Forderung oder Forderungen gegen eine andere Partei gestellt oder sind Sie dabei, dies zu tun? Ja Nein

Wurden Forderungen gegen Sie gestellt? Ja Nein

6. Von einem Dritten verursachte Unfälle

1. Wurde der Unfall von einer Drittpartei verursacht? Ja Nein

Wenn ja, wurde der Unfall durch ein Tier verursacht? Ja Nein

Name und Adresse der Person, die den Unfall verursachte (oder Eigentümer des Tieres)

Name und Adresse der Drittpartei-Haftpflichtversicherung der Person, die den Unfall verursachte (oder Eigentümer des Tieres)

Policenummer

Haben Sie eine Forderung oder Forderungen gegen die Haftpflichtversicherung der anderen Partei gestellt oder sind Sie dabei, dies zu tun? Ja Nein

Name und Anschrift möglicher Unfallzeugen

7. Detaillierte Beschreibung des Unfalls, einschließlich einer Zeichnung falls zutreffend*

Ich habe die in diesem Formular aufgeführten Informationen gelesen. Ich gebe an, dass die Informationen, die ich in diesem Formular angegebenen habe (sowie alle beigefügten Anhänge zu diesem Formular) nach meinem besten Wissen der Wahrheit entsprechen und richtig sind. Ich bin mir bewusst, dass die Angabe falscher oder irrführender Forderungen oder falscher oder irrführender Aussagen bezüglich der Forderung nach dem Gesetz strafwürdig sind und ich strafrechtlich verfolgt werden kann.

Ich bin mir bewusst, dass Foyer Global Health S.A. möglicherweise zusätzliche Informationen benötigt, um die Forderung bearbeiten zu können. Ich bin mir bewusst, dass meine Forderung nicht auszahlbar ist, wenn ich mich weigere, die Forderung ohne angebrachten Grund zu verfolgen.

Ort und Datum

Unterschrift