



Swissgaranta

Versicherungsgenossenschaft seit 1907

Unterer Graben 1 • Postfach • 9004 St. Gallen • Tel. 071 223 30 04
E-Mail: info@swissgaranta.ch • www.swissgaranta.ch • Fax 071 223 30 06

Unfallanzeige Nr.:

Name und Vorname des Verletzten: Geburtsdatum:

Strasse: Wohnort: Tel. Nr.:

PC- oder Bankkonto Nr.:

1. Welche Nummer führt die Police?	1.
2. Wann hat sich der Unfall ereignet?	2. Am, Zeit:
3. Wann hat der Verletzte die Arbeit niedergelegt?	3. Am, Zeit:
4. Ort des Unfalles?	4.
5. Bei welcher Tätigkeit hat sich der Unfall ereignet?	5.

6. Genaue Beschreibung des Unfalles:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Wer war Augenzeuge des Unfalles?	7.
8. Welche Folgen hat der Unfall hinterlassen?	8.
9. a) Wurde der Unfall durch ein Verschulden verursacht?	9. a)
b) Wenn ja, worin besteht das Verschulden?	b)

<p>10. a) Wurde der Tatbestand durch die Polizei ermittelt?</p> <p>b) Wenn ja, durch welchen Posten?</p>	<p>10. a)</p> <p>.....</p> <p>b)</p> <p>.....</p>
<p>11. a) Ist der Verletzte noch bei einer Gesellschaft gegen Unfall versichert?</p> <p>b) Wenn ja, bei welcher Gesellschaft und zu welcher Summe?</p> <p>c) Deckt diese auch die Heilungskosten?</p>	<p>11. a)</p> <p>.....</p> <p>b)</p> <p>.....</p> <p>c)</p> <p>.....</p>

Unterschrift des Versicherten oder dessen Vertreters:

Datum:

Die Unfallanzeige ist spätestens innert 5 Tagen nach Unfalleintritt der Geschäftsstelle Swissgaranta Versicherungsgenossenschaft, Unterer Graben 1, 9004 St. Gallen zu senden. Todesfälle sind überdies sofort schriftlich oder telefonisch mitzuteilen.

Eine Kopie der Unfallanzeige (Seite 1 und 2) ist mit den folgenden Fragen 12 – 19 (Seite 3) dem behandelten Arzt zu übergeben. Der Arzt wird gebeten, die Seite 3 unverzüglich an die Geschäftsstelle der Swissgaranta Versicherungsgenossenschaft zu senden.

Vom behandelnden Arzt auszufüllen

12. Wann kam der Verletzte in Ihre Behandlung?	12.
13. a) Subjektive Angaben: Welche Schmerzen und Funktionsstörungen Gibt der Verletzte an?	13. a)
b) Objektiver Befund: Welche Symptome haben sich bei der ersten Untersuchung ergeben?	b)
c) Diagnose:	c)
14. a) Ist die Verletzung unmittelbar durch den Unfall verursacht?	14. a)
b) Bestehen neben den Unfallfolgen noch Krankheits-Zustände oder –Prozesse?	b)
c) Wenn ja, ist der Unfall dadurch veranlasst oder begünstigt worden; wird der Heilungs- verlauf oder die Behandlung dadurch erschwert?	c)
15. a) Ist völlige Wiederherstellung zu erwarten?	15. a)
b) Muss voraussichtlich mit einer bleibenden Invalidität gerechnet werden?	b)
16. Welches ist die voraussichtliche Heilungsdauer?	16.
17. a) Ist oder war der Verletzte ganz arbeitsunfähig , wenn ja, wie lange?	17. a)
b) Ist oder war er teilweise arbeitsunfähig , wenn ja, in welchem Grade und für welche Dauer	b)
c) Ist Heilung eingetreten, bzw. die ärztliche Behandlung bereits abgeschlossen?	c) Sofern die Abmeldung in den nächsten Tagen möglich ist, gelten diese An- gaben als Schlusszeugnis.
18. a) Welche Anordnungen haben Sie getroffen?	18. a)
b) Wird der Verletzte zu Hause behandelt?	b)
c) Muss er das Bett hüten?	c)
d) Ist er in einer Krankenanstalt untergebracht?	d)
19. Haben Sie besondere Vorschläge zu machen:	19. a)
b) Hinsichtlich einer Röntgenuntersuchung?	b)
c) Hinsichtlich des Beizugs eines Spezialarztes?	c)

Stempel und Unterschrift des behandelten Arztes

Datum:

.....