

Unfallmeldung

gilt nicht für die obligatorische Unfallversicherung gemäss UVG

		Unfall-Nummer				
1. Versicherungsnehmer	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Vertrag-Nr.			
		Postkonto-Nr. oder Bank und IBAN				
2. Verletzte/r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer			
	Strasse	Zivilstand	Tel.-Nr.			
	PLZ Wohnort	Postkonto-Nr. oder Bank und IBAN				
3. Berufliche Tätigkeit						
4. Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)		
5. Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall? (Ort/Stelle)					
6. Unfallbeschreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe					
7. Abklärung	a) Wurde ein Polizeirapport erstellt? Wenn ja, bei welcher Polizeistelle? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Name der Zeugen	Wurden sie befragt?		
	b) Ist eine Drittperson am Unfall beteiligt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, Name und Adresse:			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		Bei welcher Gesellschaft ist der Mitbeteiligte gegen die Folgen seiner Haftpflicht versichert?				
		Vertrag-Nr. _____				
8. Weitere Unfallversicherung	Ist der/die Verletzte noch bei anderen Gesellschaften oder einer Krankenkasse gegen Unfälle versichert? Wenn ja, wo? _____ Vertrag-Nr. _____					
9. Verletzung	Betroffener Körperteil (links/rechts)		Art der Schädigung			
10. Arbeitsunfähigkeit	Arbeit infolge des Unfalles ausgesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gänzlich <input type="checkbox"/> teilweise zu _____ %		Wenn ja, ab wann? (Datum und Zeit)		<input type="checkbox"/> Dauer der Arbeitsunfähigkeit kleiner 30 Tage	
11. Arztadressen	Erstbehandlung durch:		Nachbehandlung durch:			
Angaben bei Berufstätigen						
12. Nicht berufsunfall	Wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)					
13. Arbeitszeit des Verletzten	Tage je Woche		Stunden je Woche		<input type="checkbox"/> unregelmässig	
14. Lohn			Std.	Tag	Monat	Jahr
	Barlohn AHV-pflichtiger Bruttolohn					
		Kinder-/Familienzulagen (nur bei Ergänzung zum UVG)				
Naturallohn Art: _____						
Sonderfälle <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherte/r						
Weiterer Arbeitgeber: _____						