

# Unfallmeldung

gilt nicht für die obligatorische Unfallversicherung gemäss UVG

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