

Unfallmeldung UVG

Police Nr.	
-------------------	--

Gesellschaft	
---------------------	--

<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Rückfall

1. Arbeitgeber

Name / Firma	
--------------	--

Adresse	
---------	--

Telefonnummer	
---------------	--

Kontaktperson	
---------------	--

E-Mailadresse	
---------------	--

Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
--	--

2. Angaben zur verletzten Person

Name, Vorname	
---------------	--

Adresse	
---------	--

Telefonnummer	
---------------	--

Geburtsdatum	
--------------	--

Nationalität und Heimatort	
----------------------------	--

Zivilstand	
------------	--

AHV-Nr.	
---------	--

Kinder bis 20 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre (Anzahl)	
--	--

3. Anstellung

Übliche berufliche Tätigkeit	
------------------------------	--

Datum der Anstellung	
----------------------	--

<input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> ungelernt <input type="checkbox"/> Lehrling
--

4. Angaben zum Unfallhergang

Unfalldatum: Tag / Monat / Jahr Uhrzeit	

Unfallort: Wo ereignete sich der Unfall (Ort, Stelle)?	
---	--

Unfallbeschreibung: Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Fahrzeuge, Stoffe	Bitte für ausführliche Beschreibung Seite 3 nutzen.
---	---

Abklärung: Wer hat die Abklärung durchgeführt? Untersuchung erwünscht? Name der Zeugen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Nichtberufsunfall: Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet? (Wochentag, Datum Uhrzeit)	
---	--

Verletzung: Betroffener Körperteil (links/rechts) Art der Schädigung	
--	--

Arbeitsunfähigkeit: Arbeit zufolge Unfalles ausgesetzt? Wenn ja, ab wann? (Datum und Uhrzeit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

Arztadressen: Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	
---	--

5. Arbeitszeit der versicherten Person

Tage je Woche	
Stunden je Woche	
Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden	
Arbeitseinsatz	<input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit

6. Lohn der versicherten Person

Massgebender Lohn	pro Std.	Tag	Monat	Jahr
Barlohn				
Grundlohn (AHV-Lohn) CHF				
Teuerungszulage CHF				
Akkord / Provision CHF				
Ferien / Feiertagsentschädigung CHF				
Andere Lohnzulagen CHF				
Gratifikation / 13. Monatslohn CHF				
Naturallohn in CHF				
Naturallohn Art				
Total				

7. Andere Sozialversicherungsleistungen

Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, obligator. Unfallversicherung (UVG), Invaliden-, Alters- und Hinterlassenen-, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wo?	

8. Unterschrift

Ort, Datum	
Unterschrift	

Der/die Versicherungsnehmer/in darf ohne Zustimmung der Gesellschaft keine Forderungen anerkennen und ermächtigt den Versicherer in die erforderlichen Akten Einsicht zu nehmen. Im weiteren ermächtigt er/sie den Versicherer alle notwendigen zur Regelung des Schadenfalls benötigten Angaben oder Unterlagen einzuverlangen oder am Schadenfall interessierten Dritten zu übermitteln.

zusätzlicher Text:

Senden

Drucken

