

Bagatellunfallmeldung

Keine Arbeitsunfähigkeit oder weniger als 3 Tage

Schadennummer	<input type="text"/>	Policennummer	<input type="text"/>
Versicherer	<input type="text"/>	Kontakt	<input type="text"/>

Versicherungsnehmer

Firma	<input type="text"/>	Kontaktperson	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Telefon / Mobile	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MWST-pflichtig		E-Mail	<input type="text"/>
		IBAN	<input type="text"/>

Verletzte Person

Name	<input type="text"/>	m	w	Telefon / Mobile	<input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>			E-Mail	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Quellensteuerpflichtig				Zivilstand / Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>			Nationalität / Bewilligung	<input type="text"/> <input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>			AHV-Nummer	<input type="text"/>
				Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J.	nein <input type="checkbox"/> ja, Anz. <input type="text"/>

Anstellung

Ausgeübter Beruf	<input type="text"/>	Anstellungsverhältnis	gekündigt <input type="checkbox"/>	ungekündigt <input type="checkbox"/>
Tätigkeit	<input type="text"/>	Angestellt seit	<input type="text"/>	Beschäftigungsgrad <input type="text"/> %
Betriebsübliche Arbeitszeit	<input type="text"/> Std. / Woche	Ø Arbeitszeit des Verletzten	<input type="text"/> Std. / Woche	<input type="text"/> Tg. / Woche <input type="checkbox"/> unregelm. Einsatz <input type="checkbox"/>

Unfall

Datum / Uhrzeit

Wo ereignete sich der Unfall (Ort/Stelle)

Unfallbeschreibung (Tätigkeit zur Zeit des Unfalles, Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe)

Wurde ein Polizeirapport erstellt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Von wem?	<input type="text"/>
Nichtberufsunfall / Letzter Arbeitseinsatz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Datum / Uhrzeit	<input type="text"/> <input type="text"/>
Arbeit infolge des Unfalles ausgesetzt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Datum / Uhrzeit	<input type="text"/> <input type="text"/>

Verletzung

Betroffenes Körperteil	<input type="text"/>	li	re
Art der Verletzung	<input type="text"/>		
Erstbehandelnder Arzt/Spital	<input type="text"/>	Nachbehandelnder Arzt	<input type="text"/>

Ergänzungen:

Die Unterzeichneten ermächtigen den Versicherungsmakler, bzw. die Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG-Versicherers. Sie sind ferner damit einverstanden, dass der Versicherungsmakler, bzw. die Versicherungsgesellschaft, die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Der/Die Versicherungsnehmer/in als Arbeitgeber/in informiert die von der Schadenmeldung betroffene Person (Mitarbeiter/in) im Sinne von Artikel 328b OR über die Weitergabe dieser sensiblen Personendaten.

Schadenanzeige ohne Unterschrift

Ort und Datum

Unterschrift