

## Unfallmeldung

- bei Arbeitsunfähigkeit durch den Unfall welche länger als 3 Tage dauert (Unfalltag + 2 Tg.)  
- bei Berufskrankheit, bei Rückfall, bei Zahnschaden

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="checkbox"/>

### Anstellung

Ausgeübter Beruf	<input type="text"/>	Anstellungsverhältnis	gekündigt	ungekündigt
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

### 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	nein	Von wem?	<input type="text"/>
Nichtberufsunfall / Letzter Arbeitseinsatz	ja	nein	Datum / Uhrzeit	<input type="text"/> <input type="text"/>
Arbeit infolge des Unfalles ausgesetzt?	ja	nein	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"/>

Lohn

Barlohn

	CHF / Std.	CHF / Tag	CHF / Monat	CHF / Jahr
Grundlohn (brutto)				
Kinder- / Familienzulagen				
Andere Lohnzulagen, Art:				
Gratifikation / 13. Monatslohn (% oder CHF)				

Sonderfälle

Familienmitglied
  Gesellschafter
  freiwillig Versicherter
  Saisonnier

weitere Arbeitgeber

andere Leistungen

Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, SUVA oder anderer oblig. Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?

nein      ja, wo?

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

# Unfallschein

Schadennummer  Versicherer / Policennummer

## Versicherungsnehmer

Firma  Kontaktperson   
 Adresse  Telefon / Mobile    
 E-Mail   
 IBAN

## Verletzte Person

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

Unfall Datum / Uhrzeit

## Hinweise für den Verletzten

Dieser Unfallschein bleibt während der Dauer der Genesung in Ihren Händen, er ist dem Arzt bei jedem Besuch vorzulegen und nach Abschluss der Behandlung dem Arbeitgeber abzugeben. Dieser Schein gilt nicht als Anerkennung einer Leistungspflicht.  
 Arztwechsel. Bei einem allfälligen Arztwechsel wollen Sie sich unverzüglich mit der Versicherung in Verbindung setzen.  
 Spitalbehandlung. Die Unfallversicherung gemäss UVG übernimmt die Kosten der allgemeinen Abteilung. Für die Dauer des Spitalaufenthaltes kann vom Taggeld ein Beitrag an die Unterhaltskosten abgezogen werden. Vorbehalten bleibt das Bestehen einer Zusatzversicherung.  
 Eine Arbeitsfähigkeit wird durch den Arzt auf dem Unfallschein eingetragen. Teilarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten, es sei denn, der Arzt schreibe aus medizinischen Gründen etwas anderes vor.  
 Anspruch auf Taggeld aus der Unfallversicherung gemäss UVG besteht ab dem 3. Kalendertag nach dem Unfall. Das Taggeld beträgt 80% des versicherten Verdienstes. Über die Auszahlung orientiert die Mitteilung, die jedem Versicherten bei Übernahme des Unfalles zugestellt wird. Die notwendigen Reise- und Transportkosten werden Ihnen zurückerstattet. Wählen Sie bitte ein den Verhältnissen angemessenes, preisgünstiges Transportmittel (z. Bsp. öffentliches Verkehrsmittel):

## Eintragungen des Arztes

Datum und Zeit		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	Grad	gültig ab	

Datum und Zeit		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	Grad	gültig ab	

Die ärztliche Behandlung endigte am:   
 Unterschrift des Arztes

Ort und Datum