

Unfallmeldung		Schaden-Nr	
1. Arbeitgeber	Firmenname	Telefon	
	Adresse	Police-Nr.	
	PLZ Ort	E-Mail	
2. Verletzter/r	Name, Vorname	Geburtsdatum	Zivilstand
	Adresse	Tel.Nr.	AHV-Nr.
	PLZ Wohnort	Staatsangehörigkeit Aufenthaltsbewilligung: A B C Andere	
	Policennummer der Krankenkasse:	Geschlecht: weiblich männlich	
3. Anstellung	Datum der Anstellung:	Ausgeübter Beruf:	
	Stellung: Höheres Kader Mittleres Kader Angestellte/r / Arbeiter/in Lernende/r		
	Verhältnis: unbefristeter Arbeitsvertrag befristeter Arbeitsvertrag Arbeitsverhältnis gekündigt		
	Arbeitszeit der/des Verletzten, Stunden je Woche		
	Vertraglicher Beschäftigungsgrad _____ %		
Betriebliche Arbeitszeit (Stunden je Woche)			
4. Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr Zeit
5. Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall (Ort / Stelle)?		
6. Unfallhergang	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände oder Fahrzeuge		
	Beteiligte Person(en)		
Besteht ein Polizeirapport? Ja Nein unbekannt			
7. Abklärung	Wer hat die Abklärungen durchgeführt?	Name der Zeugen?	Wurden Sie befragt?
	Untersuchung erwünscht? Ja Nein		Ja Nein
8. Nichtberufsunfall	Wann hat die/der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?		
9. Verletzung	Betroffener Körperteil:	Links	Rechts
	Art der Schädigung:	Unbestimmt	
10. Arbeitsunfähigkeit	Ist eine Arbeitsunfähigkeit eingetreten? Ja, ganz Ja, teilweise zu _____ % Nein		
	Wenn ja, ab wann? _____		
	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit? _____		
11. Arzt Adressen	Wurde die Arbeit wieder aufgenommen? Ja, ab wann? _____ Nein		
	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik _____		
12. Lohn	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik _____		
		CHF pro	Stunde Monat Jahr
	Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)		
	Kinder- / Familienzulagen		
	Ferien- / Feiertagsentschädigung in % oder CHF		
	Gratifikation / 13. Monatslohn in % oder CHF		
Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord / Provision / Naturallohn)			
Quellensteuerpflichtig Ja Nein			
13. Sonderfälle	Freiwillige Unternehmensversicherung Familienmitglied Gesellschafter		
	Weitere Arbeitgeber: _____		
14. Andere Sozialversicherungen	Hat der/die Verletzte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, SUVA oder einer anderen obligatorischen Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse, Berufliche Vorsorgeeinrichtung? Wenn ja, wo?		

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift