

Unfallmeldung

gilt nicht für die obligatorische Unfallversicherung gemäss UVG

Unfall-Nummer

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

Ich habe die Ermächtigung betreffend Datenverarbeitung auf der Rückseite gelesen und akzeptiere diese.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der/des Verletzten

Die unterzeichnete versicherte Person ermächtigt die Versicherungsgesellschaft im Rahmen der Prüfung und Bearbeitung dieses Versicherungsfalles seine Person betreffende Daten zu bearbeiten. Die Gesellschaft kann insbesondere:

- Daten an involvierte Dritte im In- und Ausland (z.B. Mit- und Rückversicherer oder Case-Manager) übermitteln;
- allfällig mögliche Rückgriffe auf einen haftpflichtigen Dritten (bzw. dessen Haftpflichtversicherer) ausüben und diesem die dazu erforderlichen Daten bekannt geben;
- bei medizinischen Leistungserbringern (Ärzten, Chiropraktoren, Psychologen, Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, Laboratorien, Spitälern, Einrichtungen zur teilstationären oder ambulanten Krankenpflege, Pflegeheimen), Sozial- (AHV, IV, UVG- und KVG-Versicherung) und Privatversicherern, Vorsorgeeinrichtungen, Arbeitsstellen, Arbeitgebern sowie Zeugen und anderen Auskunftspersonen sachdienliche Informationen einholen sowie in deren Akten Einsicht nehmen.

Der Unterzeichnete ermächtigt die betreffenden Personen und Institutionen, der Versicherungsgesellschaft auf Anfrage die zur Prüfung und Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Daten bekannt zu geben und entbindet sie zu diesem Zweck von ihrer Geheimhaltungspflicht.

Diese Entbindung gilt auch für die Gesellschaft in Bezug auf Daten, die sie zur Abwicklung des Versicherungsfalles an Dritte weitergibt.

Unfallmeldung

gilt nicht für die obligatorische Unfallversicherung gemäss UVG

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

Ich habe die Ermächtigung betreffend Datenverarbeitung auf der Rückseite gelesen und akzeptiere diese.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der/des Verletzten

Die unterzeichnete versicherte Person ermächtigt die Versicherungsgesellschaft im Rahmen der Prüfung und Bearbeitung dieses Versicherungsfalles seine Person betreffende Daten zu bearbeiten. Die Gesellschaft kann insbesondere:

- Daten an involvierte Dritte im In- und Ausland (z.B. Mit- und Rückversicherer oder Case-Manager) übermitteln;
- allfällig mögliche Rückgriffe auf einen haftpflichtigen Dritten (bzw. dessen Haftpflichtversicherer) ausüben und diesem die dazu erforderlichen Daten bekannt geben;
- bei medizinischen Leistungserbringern (Ärzten, Chiropraktoren, Psychologen, Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, Laboratorien, Spitälern, Einrichtungen zur teilstationären oder ambulanten Krankenpflege, Pflegeheimen), Sozial- (AHV, IV, UVG- und KVG-Versicherung) und Privatversicherern, Vorsorgeeinrichtungen, Arbeitsstellen, Arbeitgebern sowie Zeugen und anderen Auskunftspersonen sachdienliche Informationen einholen sowie in deren Akten Einsicht nehmen.

Der Unterzeichnete ermächtigt die betreffenden Personen und Institutionen, der Versicherungsgesellschaft auf Anfrage die zur Prüfung und Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Daten bekannt zu geben und entbindet sie zu diesem Zweck von ihrer Geheimhaltungspflicht.

Diese Entbindung gilt auch für die Gesellschaft in Bezug auf Daten, die sie zur Abwicklung des Versicherungsfalles an Dritte weitergibt.

Arztzeugnis

gilt nicht für die obligatorische Unfallversicherung gemäss UVG

Unfall-Nummer

1. Versicherungsnehmer	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____ _____	Tel.-Nr.	Vertrag-Nr.
2. Verletzter	Name und Vorname _____ Strasse _____ PLZ Wohnort	Geburtsdatum _____	AHV-Nummer _____
		Zivilstand _____	Tel.-Nr. _____
3. Berufliche Tätigkeit	_____		
4. Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr
			Zeit (Std., Min.)

Bitte ausfüllen bei einer **ARBEITSUNFÄHIGKEIT MIT EINER DAUER VON WENIGER ALS VIER WOCHEN.**

5. Behandlungsdauer	vom: _____ bis: _____
6. Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> gänzlich vom: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> teilweise % vom: _____ bis: _____
7. Prognose (Abschluss der Behandlung? Invalidität)	Sofern die Abmeldung in den nächsten Tagen möglich ist, gelten diese Angaben als Schlusszeugnis.
8. Diagnose	_____

Bitte ausfüllen, wenn die Arbeitsunfähigkeit: **• VORAUSSICHTLICH VIER WOCHEN ÜBERSCHREITEN WIRD, • NUR TEILWEISE UNFALLBEDINGT IST, oder wenn: • KOMPLIKATIONEN ODER NAMHAFTER VERZÖGERUNGEN IM HEILVERFAHREN EINTRETEN.**

9. Angaben der/des Verletzten (Unfallhergang usw.)	_____
10. Befund über Körperverletzung, psychisches Verhalten (z. B. Schock, Äthyl)	_____
11. Unfallfremde Krankheiten, Gebrechen oder Folgen früherer Unfälle? Welche?	_____
12. Bisherige und beabsichtigte Therapie	_____
Art der Behandlung	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> im Spital, wo?
13. Besondere Vorschläge (Konsilium, Röntgenuntersuchung usw.), auch nicht-medizinischer Art	_____
14. Anderweitige Unfallversicherungen?	_____

Ort und Datum _____ Stempel und Unterschrift der/des behandelnden Ärztin/Arztes _____

Geht an: Erstbehandelnden Arzt → Versicherungsgesellschaft