

# Unfallmeldung

gilt nicht für die obligatorische Unfallversicherung gemäss UVG

|               |
|---------------|
| Unfall-Nummer |
|---------------|

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