

Schadenmeldung Unfallversicherung

Versicherungsgesellschaft **Police Nr.**

Versicherungsnehmer Telefon
 Adresse Telefax
 PLZ Ort Homepage

Zuständig Direktwahl
 Funktion / Abteilung Mobile
 Evtl. Filiale Email

Bank- oder Postverbindung MwSt. Ja Nein
 IBAN Nummer

Verunfallte Person Geb. Datum
 Adresse Zivilstand
 PLZ Ort Anzahl bis 20/25 (in Ausb.)
 Krankenkasse Kinder über 20/25 (Ausb.)
 Ausgeübter Beruf Besch.Grad %
 Üblicher Arbeitsplatz Anstellung Datum

Unfalldatum/Uhrzeit/Ort

Unfallhergang

Polizeirapport Nein Ja, wo?
 Zeugen Nein Ja, wer?
 Nichtberufsunfall Nein Ja, letzter Arbeitseinsatz Datum / Zeit
 Arbeitsausfall Nein Ja, wie lange (ca. Tage/Wochen/Monate)

Betroffene Körperteile (li/re)
 Erstbehandelnder Arzt/Spital
 Nachbehandelnder Arzt

Lohnangaben	CHF/Std.	CHF/Tag	CHF/Monat	CHF/Jahr
Grundlohn	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kinder-/Familienzulagen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andere Zulagen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Grati / 13. Monatslohn	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andere, welche	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sonderfälle Quellensteuerpflichtig Nein Ja
 Familienmitglied Gesellschafter Freiwillig Versicherter Saisonnier

Weitere Arbeitgeber
 Hat der verunfallte Mitarbeiter bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, SUVA oder andere obligatorische Unfallversicherungen, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?
 Nein Ja, wo?

Ort, Datum	Unterschrift Mitarbeiter (falls möglich)	Stempel und Unterschrift Arbeitgeber
-------------------	--	---