

Unfallmeldung UVG

		<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Rückfall		Schaden-Nr.																
				Police-Nr.																
1. Arbeitgeber		Name und Adresse mit Postleitzahl		Telefon																
				E-Mail																
2. Verletzte/r		Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl		Korrespondenzsprache <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> i																
				Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich																
		Telefon / Mobile		Geburtsdatum																
		E-Mail		AHV-Nr.																
		Postcheckkonto		Staatsangehörigkeit																
		Bankname / Bankkonto und Bankclearing-Nr. oder IBAN-Nr.		Zivilstand																
3. Anstellung		Datum der Anstellung		Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)																
		Ausgeübter Beruf		Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt per																
		Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lernende/r <input type="checkbox"/> Praktikant/in		Betriebsübliche Arbeitszeit (Stunden je Woche): Heben von Gewichten über 10 kg: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																
		Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche:		Wenn ja, wie viel kg? kg Wie oft? <input type="checkbox"/> täglich -mal <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> selten																
		Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit Körperliche Belastung bei der Arbeit: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> Arbeit sitzend <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> sitzend / stehend																		
4. Unfall-datum		Tag Monat Jahr		Zeit (Std., Min.)																
5. Unfallort		Wo ereignete sich der Unfall (Ort / Stelle)?																		
6. Unfallbe-schreibung		Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe																		
7. Abklärung		Wer hat die Abklärung durchgeführt?		Name der Zeugen																
		Untersuchung erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Wurden Sie befragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																
8. Nicht-berufs-unfall		Wann hat die/der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?																		
9. Verletzung		Betroffener Körperteil:		<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts																
		Art der Schädigung:		<input type="checkbox"/> unbestimmt																
10. Arbeitsun-fähigkeit		Arbeit zufolge des Unfalls ausgesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Wenn ja, ab wann?																
		Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> länger als 1 Monat		Falls Arbeit wieder aufgenommen: Ab wann? <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise																
11. Arzt-Adressen		Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik																
12. Lohn		CHF pro		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Stunde</th> <th>Monat</th> <th>Jahr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Stunde	Monat	Jahr												
Stunde	Monat	Jahr																		
		Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)																		
		Kinder- / Familienzulagen																		
		Ferien- / Feiertagsentschädigung		in % oder																
		Gratifikation / 13. Monatslohn (und weitere)		in % oder																
		Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord / Provision / Naturallohn)																		
		Quellensteuerpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																		
13. Sonderfälle		<input type="checkbox"/> Freiwillige Unternehmerversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Gesellschafter		Weitere Arbeitgeber:																
14. Andere Sozialver-sicherungs-leistungen		Hat die/der Verletzte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse, Berufliche Vorsorgeeinrichtung? Wenn ja, wo?																		

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Geht an: Allianz Suisse