

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	
				Geburtsdatum	
				AHV-Nr.	
				Staatsangehörigkeit	
Telefon / Mobile			Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre Anzahl: <input type="checkbox"/> keine		
E-Mail			Name und Adresse der Krankenkasse		
Postcheckkonto			Name und Adresse des BVG-Versicherers		
Bankname / Bankkonto und Bankclearing-Nr. oder IBAN-Nr.					
3. Anstellung	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf		Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)
	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		Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt per		
	Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche: Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit		Betriebsübliche Arbeitszeit (Stunden je Woche):		
	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		Heben von Gewichten über 10 kg: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wie viel kg? kg Wie oft? <input type="checkbox"/> täglich -mal <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> selten		
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	Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)			CHF pro	
	Kinder- / Familienzulagen			Stunde	
	Ferien- / Feiertagsentschädigung			Monat	
	Gratifikation / 13. Monatslohn (und weitere)			Jahr	
	Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord / Provision / Naturallohn)				
in % oder					
in % oder					
Quellensteuerpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
13. Sonderfälle	<input type="checkbox"/> Freiwillige Unternehmensversicherung			<input type="checkbox"/> Familienmitglied	
				<input type="checkbox"/> Gesellschafter	
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