



Unfallmeldung UVG

Versicherungstreuhand Poles & Partner AG

		Gesellschaft		Schaden-Nr.			
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl			Tel.	Police-Nr.		
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)						
2. Verletzter / Versicherter	Name und Vorname			Geburtsdatum	AHV-Nr.		
	Strasse			Tel.	Heimatort		
	PLZ	Wohnort		Zivilstand	Nationalität <small>Kinder bis 18.J oder in Ausbildung bis 25 J</small>		
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit			<input type="checkbox"/> Anzahl <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> ungelernt <input type="checkbox"/> Lehrling		
	4. Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)		
5. Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall? (Ort/Stelle)						
6. Unfallbeschreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe						
7. Abklärung	Wer hat die Abklärung durchgeführt?			Namen der Zeugen?			
	Untersuchung erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Wurden sie befragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
8. Nichtberufsunfall	Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?						
9. Verletzung	Betroffener Körperteil (links/rechts)			Art der Schädigung			
10. Arbeitsunfähigkeit	Arbeit zufolge Unfalls ausgesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Wenn ja, ab wann? (Datum und Zeit)			
11. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt/Spital			Nachbehandelnder Arzt/Spital			
12. Arbeitszeit des Verletzten	Tage je Woche	Stunden je Woche	Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden	Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit			
13. Lohn Barlohn	CHF pro			Std.	Tag	Monat	Jahr
	Grundlohn (brutto)						
	Teuerungszulage						
	Akkord/Provision						
	Kinder-/Familienzulagen						
	Ferien-/ Feiertagsentschädigung % oder						
	Andere Lohnzulagen (Art)						
	Gratifikation/13.Monatslohn % oder						
Naturallohn	Art						
Sonderfälle	<input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter <input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/> Quellsteuerpflichtig						
Weiterer Arbeitgeber			Tarif				
14. Andere Sozialversicherungsleistungen	Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenversicherung, obligatorischer Unfallversicherung, AHV/IV, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?						
Wenn ja, wo? _____							
Name der obligatorischen Krankenversicherung _____							
Ort und Datum	Unterschrift des Versicherten/Verletzten			Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers			

