



Unfallmeldung

Bitte mit Schreibmaschine, oder in Blockschrift ausfüllen. Sollten Sie zu wenig Platz haben, bitten wir Sie die Rückseite zu benutzen.

Personalien

Name und Vorname Strasse

PLZ / Wohnort Geburtsdatum

Telefon

Berufliche Angaben

Ausgeübte(r) Beruf / Funktion Üblicher Arbeitsplatz

Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
--------------------	-----	-------	------	-------------------------

Unfallort Ort (Name) und Stelle (Büro, Strasse)

Unfallbeschreibung (Tätigkeit während des Unfalles, Unfallhergang, beteiligte Gegenstände und / oder Fahrzeuge)

Beteiligte Person(en) (Name / Adresse, Tel.)?

Besteht ein Polizeirapport? Ja Nein Unbekannt

Verletzung Betroffener Körperteil rechts links unklar

Art der Schädigung

Arbeitsunfähigkeit Wurde die Arbeit infolge des Unfalles ausgesetzt? ganz teilweise nein

Ab wann?

Voraussichtliche Dauer?

Arzt Erstbehandelnder Arzt / Klinik

Nachbehandelnder Arzt / Klinik

Andere Sozialversicherungsleistungen

Welche Versicherung kommt für die Behandlungskosten auf?

KVG-Versicherer UVG-Versicherer IV MV Haftpflichtversicherer Andere

Name der Versicherung?

Haben Sie bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei; Krankenversicherung, SUVA, IV, AHV, Berufliche Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?

Ja Nein Wenn ja, wo?

Der / die Unterzeichnete bestätigt, dass alle Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet sind. Er / Sie nimmt davon Kenntnis, dass er / sie für unwahre Angaben und das Verschweigen von Tatsachen, die zu einer ungerechtfertigten Auszahlung führen, strafrechtlich verfolgt werden kann und dass zu Unrecht bezogene Beiträge zurückzuerstatten sind.

Ort und Datum

Unterschrift