

Schadenmeldung

Unfallversicherung

Versicherungsgesellschaft		Police Nr.	
Versicherungsnehmer			
Adresse		Telefon	
PLZ Ort		Homepage	
Zuständig		Direktwahl	
Funktion / Abteilung		Mobile	
Evtl. Filiale		E-Mail	
Erkrankte Personen		Geburtstag	
Adresse		Zivilstand	
PLZ Ort		Anzahl	bis 20/25 (in Ausb.)
Krankenkasse		Kinder	über 20/25 (Ausb.)
Ausgeübter Beruf		Besch. Grad	%
Üblicher Arbeitsplatz		Anstellung seit	Datum
Datum / Uhrzeit / Ort			
Unfallhergang			
Polizeirapport	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wo?	
Zeugen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wer?	
Nichtberufsunfall	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, letzter Arbeitseinsatz	Datum / Zeit
Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wie lange (ca. Tage / Wochen / Tage)	
Betroffene Körperteile			
Erstbehandelder Arzt / Spital			
Nachbehandelder Arzt			
Lohnangaben	CHF / Std.	CHF / Tag	CHF / Monat
	CHF / Jahr		
Grundlohn			
Kinder- Familienzulagen			
Andere Zulagen			
Grati / 13. Monatslohn			
Andere Welche			
Sonderfälle	Quellensteuerpflichtig?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> Familienmitglied	<input type="checkbox"/> Gesellschafter	<input type="checkbox"/> Freiwillig Versicherter
			<input type="checkbox"/> Saisonier
Weitere Arbeitgeber			
Andere Leistungen	Hat der verunfallte Mitarbeiter bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, SUVA oder andere obligato-rische Unfallversicherungen, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?		
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ja,wo?	
Ort, Datum	Unterschrift erkrankte Person	Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes	