|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Gesellschaft | Versicherer |       | Police Nr. |       |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Arbeitgeber | Name |       | Zuständig |       |
|  | Adresse |       | Email |       |
|  | PLZ Ort |       | Bank/Post |       |
|  | Telefon |       | IBAN |       |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Verletzter Mitarbeiter | Name |       | Telefon |       |
|  | Vorname |       | Email |       |
|  | Strasse |       | Geb.Dat. |       |
|  | PLZ Ort |       | AHV-Nr. | 756.      .     .      |
|  |  |  | Zivilstand |       |
|  | Anstellung |       | Geschlecht | [ ]  M | [ ]  W |
|  | Tätigkeit |       | Bank/Post |       |
|  | Arbeitsplatz |       | IBAN |       |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Arbeitszeit | Tage/Woche |       | Stunden |       |
|  | Einsatz | [ ]  Regelmässig[ ]  Unregelmässig | Pensum |       |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Unfalldatum/Zeit |       /       |
| Unfallart | [ ]  Berufsunfall | [ ]  Nichtberufsunfall, letzter Arbeitstag/Zeit:       /       |
| Unfallort |       |
| Unfallbeschreibung |       |
| Polizeirapport | [ ]  Nein | [ ]  Ja, welche Polizeistelle:       |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Verletzung |       |
| Betroffener Körperteil |       | [ ]  links | [ ]  rechts |
| Art der Schädigung |       |
| Arbeitsunfähigkeit | [ ]  Nein | [ ]  Ja, ab wann und wieviel |       |       % |
| Erstbehandelnder Arzt |       |
| Nachbehandelnder Arzt |       |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Lohnangaben | Grundlohn |       | [ ]  Monat | [ ]  Stunde | [ ]  Jahr |
| Nur auszufüllen, wenn | 13. Lohn |       | [ ]  Monat | [ ]  Stunde | [ ]  Jahr |
| Arbeitsunfähigkeit | Gratifikation |       | [ ]  Monat | [ ]  Stunde | [ ]  Jahr |
| eingetreten ist | Kinderzulage |       | [ ]  Monat |  |  |
|  | Bei unregelmässiger Beschäftigung bitte Lohnjournal der letzten 12 Monate vor dem Unfall beilegen. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Zusätzliche Fragen | Besteht ein anderes Arbeitsverhältnis? | [ ]  nein | [ ]  ja |
|  | Gibt es andere beteiligte Sozial-Versicherungen? | [ ]  nein | [ ]  ja |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Bemerkungen |       |
|  |       |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Ort/Datum |       | Unterschrift |  |