

Bagatellunfallmeldung

Keine Arbeitsunfähigkeit oder weniger als 3 Tage

Schadennummer	<input type="text"/>	Policennummer	<input type="text"/>
Versicherer	<input type="text"/>	Kontakt	<input type="text"/>

Versicherungsnehmer

Firma	<input type="text"/>	Kontaktperson	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Telefon / Mobile	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MWST-pflichtig		E-Mail	<input type="text"/>
		IBAN	<input type="text"/>

Verletzte Person

Name	<input type="text"/>	m	w	Telefon / Mobile	<input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>			E-Mail	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Quellensteuerpflichtig				Zivilstand / Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>			Nationalität / Bewilligung	<input type="text"/> <input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>			AHV-Nummer	<input type="text"/>
				Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J.	nein <input type="checkbox"/> ja, Anz. <input type="checkbox"/>

Anstellung

Ausgeübter Beruf	<input type="text"/>	Anstellungsverhältnis	gekündigt	ungekündigt
Tätigkeit	<input type="text"/>	Angestellt seit	<input type="text"/>	Beschäftigungsgrad <input type="text"/> %
Betriebsübliche Arbeitszeit	<input type="text"/> Std. / Woche	Ø Arbeitszeit des Verletzten	<input type="text"/> Std. / Woche	<input type="text"/> Tg. / Woche <input type="checkbox"/> unregelm. Einsatz
Weitere Arbeitgeber	<input type="text"/>			

Unfall

Datum / Uhrzeit

Wo ereignete sich der Unfall (Ort/Stelle)

Unfallbeschreibung (Tätigkeit zur Zeit des Unfalles, Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe)

Wurde ein Polizeirapport erstellt?	ja	nein	Von wem?	<input type="text"/>
Nichtberufsunfall / Letzter Arbeitseinsatz	ja	nein	Datum / Uhrzeit	<input type="text"/> <input type="text"/>
Arbeit infolge des Unfalles ausgesetzt?	ja	nein	Datum / Uhrzeit	<input type="text"/> <input type="text"/>

Verletzung

Betroffenes Körperteil	<input type="text"/>	li	re	Art der Verletzung	<input type="text"/>
Erstbehandelnder Arzt/Spital	<input type="text"/>			Nachbehandelnder Arzt	<input type="text"/>

Unfallmeldung ohne Unterschrift