Unfall-Meldung UVersG

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Unfall | [ ]  Berufskrankheit | [ ]  Rückfall | [ ]  Zahnschaden |
| Versicherungsgesellschaft |  |
| Policen-Nummer |  |
| Schaden-Nummer |  |
| Versicherungsnehmer |
| Name, Vorname / Firma |       |
| Ansprechpartner |       |
| Strasse und Ort |       |
| Telefon |       | E-Mail |       |
| Bank- oder Postcheckkonto / IBAN-Nr. | Bankname und Nummer |
| Sind Sie MwSt-vorsteuerabzugsberechtigt? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Verletzte Person |
| Name, Vorname |       |
| Strasse und Ort |       |
| Telefon |       | E-Mail |       |
| Staatsangehörigkeit |       | Zivilstand |       |
| Aufenthaltsbewilligung | [ ]  A | [ ]  B | [ ]  C | Andere |       |
| Geburtsdatum |       | Geschlecht |       |
| AHV-Nummer (11 stellig) |       |
| Anzahl Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre |       | [ ]  Keine |
| Anstellung |
| Datum der Anstellung |       | Ausgeübter Beruf |       |
| Verhältnis | [ ]  Unbefristet | [ ]  Befristet | Gekündigt per |       |
| Stellung |
| [ ]  Höheres Kader | [ ]  Mittleres Kader | [ ]  Angestellte/r / Arbeiter/in |
| [ ]  Lernende/r | [ ]  Praktikant/in | [ ]  Als |  |
| Arbeitszeit |  Stunden je Woche | Vertraglicher Beschäftigungsgrad |  % |
| Betriebsübliche Vollarbeitszeit |  Stunden je Woche | Arbeitseinsatz | [ ]  Unregelmässig | [ ]  Kurzarbeit |
| Unfalldatum und Folgen |
| Schadendatum |       | Zeit |       |
| Unfallort (Name oder PLZ) und -Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse) |       |

|  |
| --- |
| Sachverhalt |
| Tätigkeit zur Zeit des Unfalles |       |
| Unfallhergang |       |
| Beteiligte Personen |       |
| Polizeirapport | [ ]  Ja | Dienststelle |       | [ ]  Nein |
| Berufsunfall: Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff) |
| bitte genaue Bezeichnung |       |
| Nicht-Berufsunfall: Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet  |
| Bis (Wochentag, Datum, Zeit) |       |
| Grund der Absenz |       |
| **Verletzung** (betroffener Körperteil) |       | [ ]  Links | [ ]  Rechts | [ ]  Unbestimmt |
| Art der Schädigung |       |
| Arbeitsunfähigkeit |
| Arbeit zufolge Unfalles ausgesetzt | [ ]  Ja | Ab wann |       | [ ]  Nein |
| Voraussichtliche Dauer |       | [ ]  Länger als 1 Monat |
| Falls Arbeit wieder aufgenommen | Ab wann |       | [ ]  Ganz | [ ]  teilweise |
| Arztadressen |
| Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik |       |
| Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik |       |
| Lohn | CHF pro | Stunde | Monat | Jahr |
| Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto) |  |       |       |       |
| Kinder-/Familienzulagen |  |       |       |       |
| Ferien-/Feiertagsentschädigung |   | % oder |       |       |       |
| Gratifikation/13.Monatslohn (und weitere) |   | % oder |       |       |       |
| Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage) |       |       |       |
| Bezeichnung |       |
| Sonderfälle |
| [ ]  Freiwillige Unternehmerversicherung | [ ]  Familienmitglied, Gesellschafter | [ ]  Quellensteuerpflichtig |
| [ ]  Weitere/r Arbeitgeber |       |
| Andere Sozialversicherungsleistungen |
| Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei Krankenversicherung, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Berufliche Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse? |
| Wenn ja, welche |       |
| **Name der obligatorischen Krankenversicherung** |       |

|  |
| --- |
| Bemerkungen |
|       |
| Die unterzeichnete Person ermächtigt die Versicherungsgesellschaften zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum |       | Stempel und Unterschrift |       |

Bitte senden Sie das Formular entweder per E-Mail an broker@schreibermaronsprenger.li oder per Post.

Die Adresse finden Sie auf der ersten Seite unten links. Vielen Dank.