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](mailto:broker@schreibermaronsprenger.li) oder per Post.

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