



Kollektive Unfallversicherung

Unfallmeldung

Gesellschaft

Policennummer

Für sofortige Unfallmeldung Telefon (+41) 282 39 60

Versicherungsnehmer

Name/Firma	PC- oder Bankkonto
Betrieb	Bank/Filiale in
Strasse	MWST-pflichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
PLZ/Ort	MWST-Nr. <input type="text" value="(leer lassen)"/>
Tel. G. <input type="text"/>	Mobil <input type="text"/>
Fax <input type="text"/>	E-Mail <input type="text"/>

Versicherte Person

Name/Vorname	Beginn der ärztlichen Behandlung
Geburtsdatum <input type="text"/>	Zivilstand <input type="text"/>
Beruf <input type="text"/>	Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals <input type="text" value="(leer lassen)"/>
Strasse <input type="text"/>	
PLZ/Ort <input type="text"/>	Ist Arbeitsunfähigkeit eingetreten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Tel. P. <input type="text"/>	Mobil <input type="text"/>
Tel. G. <input type="text"/>	Mobil <input type="text"/>
PC- oder Bankkonto	Seit wann? <input type="text"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/>
Bank/Filiale in	Voraussichtliche Dauer <input type="text"/>
Beschäftigt als	Besteht Anspruch auf Leistungen anderer Versicherungen inkl. Haftpflichtversicherungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Angestellt seit	Wo? <input type="text"/>
Verwandt mit Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Police-Nr. <input type="text"/>
Wie? <input type="text"/>	Sind dort Heilungskosten versichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Unfallereignis

Datum <input type="text"/>	Zeit (0-24) <input type="text"/>	Amtliche Tatbestandsaufnahme <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ort <input type="text"/>		Durch wen? <input type="text"/>
Ist jemand für den Unfall haftbar? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Name/Vorname <input type="text"/>		Sind Zeugen vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Strasse <input type="text"/>		Name/Vorname <input type="text"/>
PLZ/Ort <input type="text"/>		Strasse <input type="text"/>
		PLZ/Ort <input type="text"/>

Hergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

Art der Verletzungen



Arbeitszeit der versicherten Person

Arbeitszeit Tage je Woche	Arbeitseinsatz
Stunden je Woche	unregelmässig
Stunden je Tag	Wenn ja, wie?
Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden	Kurzarbeit

Lohn der versicherten Person

Fester Lohn gemäss Police in CHF

Massgebender Lohn	CHF pro
Barlohn Grundlohn (AHV-Lohn)	
Teuerungszulage	
Akkord/Provision	
Kinder-/Familienzulagen	
Ferien-/Feiertagsentschädigung	% oder
Andere Lohnzulagen (Art.)	
Gratifikation/ 13. Monatslohn	% oder
Naturallohn Art	
Total	

Std.	Tag	Monat	Jahr

Bei Nichtbetriebsunfall

Hat der Lohnanspruch schon vor dem Unfall aufgehört?

nein ja

Wann?

Andere Versicherungen

Bestehen noch andere Versicherungen (z.B. UVG, Auto-Insassenversicherung, usw.)

nein ja

Gesellschaft

Police-Nr.

Mit Heilungskostendeckung nein ja

Die Unterzeichneten ermächtigen die Assicura, bzw. die Versicherungsgesellschaft, zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten, des UVG- oder KVG-Versicherers. Sie sind ferner damit einverstanden, dass die Assicura, bzw. die Versicherungsgesellschaft, die für die Schadenabwicklung notwendige Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum	Unterschrift der versicherten Person (sofern nicht identisch mit Versicherungsnehmer)	Unterschrift des Versicherungsnehmers
_____	_____	_____