



03.2009

Name : AHV-Nummer :

Vorname : Unfalldatum :

1. Handelt es sich um einen Berufs- oder Nichtberufsunfall?

.....

2. a) Haben Sie einen weiteren Arbeitgeber? Ja Nein

Wenn ja, Name und Anschrift sowie berufliche Tätigkeit :

.....

.....

2. b) Wie viele Stunden in der Woche arbeiten Sie bei diesem Arbeitgeber?

.....

2. c) Wann haben Sie das letzte Mal vor dem Ereignis bei diesem Arbeitgeber gearbeitet?

Datum : Genauere Arbeitszeit :

3. a) Üben Sie eine selbständige Erwerbstätigkeit aus? Ja Nein

Wenn ja, um welche Tätigkeit handelt es sich?

.....

3. b) Haben Sie für diese Tätigkeit eine Zusatzunfallversicherung abgeschlossen? Ja Nein

Name und Adresse der Versicherungsgesellschaft und Policennummer :

.....

.....

4. Beziehen Sie Leistungen der Arbeitslosenversicherung? Ja Nein

Wenn ja, ab welchem Datum?

Anschrift der zuständigen Arbeitslosenkasse?

.....

Senden Sie uns bitte eine Kopie der letzten Abrechnungen zu!

5. Name und Adresse Ihrer Krankenkasse :

.....

.....

6. Telefonnummer, unter welcher Sie während den Bürozeiten zu erreichen sind :

.....

Ort und Datum

Unterschrift

.....

.....

Bitte senden Sie uns dieses Dokument vom Verletzten ausgefüllt und unterschrieben mit folgenden Dokumenten zurück :

- die Unfallmeldung
- die Kopie des Anstellungsvertrages
- die Lohnblätter seit Beginn der Saison
- die Präsenzliste seit Beginn der Saison