

Name : ..... AHV-Nr. : .....

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 : ..... Genaue 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, Adresse 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***

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