

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