

# Unfallmeldung

gilt nicht für die obligatorische Unfallversicherung gemäss UVG

|                                       |   |                                      |  |                   |   |
|---------------------------------------|---|--------------------------------------|--|-------------------|---|
|                                       |   | Unfall-Nummer                        |  |                   |   |
| <b>1. Versicherungsnehmer</b>         | Name und Adresse mit Postleitzahl   | Tel.-Nr.                             | Vertrag-Nr.  |                   |   |
|                                       |   | Postkonto-Nr. oder Bank und IBAN     |  |                   |   |
| <b>2. Verletzte/r</b>                 | Name und Vorname  | Geburtsdatum                         |  | AHV-Nummer        |   |
|                                       | Strasse   | Zivilstand                           |  | Tel.-Nr.          |   |
|                                       | PLZ                      Wohnort  | Postkonto-Nr. oder Bank und IBAN     |  |                   |   |
| <b>3. Berufliche Tätigkeit</b>        |   |                                      |  |                   |   |
| <b>4. Unfalldatum</b>                 | Tag   | Monat                                | Jahr   | Zeit (Std., Min.) |   |
| <b>5. Unfallort</b>                   | Wo ereignete sich der Unfall? (Ort/Stelle)  |                                      |  |                   |   |
| <b>6. Unfallbeschreibung</b>          | Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe                                       |                                      |  |                   |   |
| <b>7. Abklärung</b>                   | a) Wurde ein Polizeirapport erstellt?<br>Wenn ja, bei welcher Polizeistelle? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein          |                                      | Name der Zeugen  |                   | Wurden sie befragt?   |
|                                       | b) Ist eine Drittperson am Unfall beteiligt?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    Wenn ja, Name und Adresse:         |                                      | Bei welcher Gesellschaft ist der Mitbeteiligte gegen die Folgen seiner Haftpflicht versichert? |                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein             |
|                                       |   | Vertrag-Nr. _____                    |  |                   |   |
| <b>8. Weitere Unfallversicherung</b>  | Ist der/die Verletzte noch bei anderen Gesellschaften oder einer Krankenkasse gegen Unfälle versichert?<br>Wenn ja, wo? _____ Vertrag-Nr. _____ |                                      |  |                   |   |
| <b>9. Verletzung</b>                  | Betroffener Körperteil (links/rechts)   |                                      | Art der Schädigung   |                   |   |
| <b>10. Arbeitsunfähigkeit</b>         | Arbeit infolge des Unfalles ausgesetzt?   |                                      | Wenn ja, ab wann? (Datum und Zeit)   |                   | <input type="checkbox"/> Dauer der Arbeitsunfähigkeit kleiner 30 Tage |
|                                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gänzlich <input type="checkbox"/> teilweise zu _____ %       |                                      |  |                   |   |
| <b>11. Arztadressen</b>               | Erstbehandlung durch:   |                                      | Nachbehandlung durch:  |                   |   |
|                                       |   |                                      |  |                   |   |
| <b>Angaben bei Berufstätigen</b>      |   |                                      |  |                   |   |
| <b>12. Nicht berufsunfall</b>         | Wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)                                       |                                      |  |                   |   |
| <b>13. Arbeitszeit des Verletzten</b> | Tage je   | Stunden                              |  |                   |   |
|                                       | Woche   | _____                                | je Woche   | _____             | <input type="checkbox"/> unregelmässig                                |
| <b>14. Lohn</b>                       |   |                                      | Std.   | Tag               | Monat   |
|                                       | <b>Barlohn</b>  | AHV-pflichtiger Bruttolohn . . . . . |  |                   |   |
|                                       | Kinder-/Familienzulagen (nur bei Ergänzung zum UVG)   |                                      |  |                   |   |
| <b>Naturallohn</b>                    | Art: _____  |                                      |  |                   |   |
| <b>Sonderfälle</b>                    | <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherte/r             |                                      |  |                   |   |
|                                       | Weiterer Arbeitgeber: _____   |                                      |  |                   |   |

Der Unterzeichnete Verletzte ermächtigt die Basler Versicherung AG [Basler Leben AG] (nachstehend «Basler» genannt), im Rahmen der Prüfung und Bearbeitung dieses Versicherungsfalles seine Person betreffende Daten zu bearbeiten. Die Basler kann insbesondere:

- Daten an involvierte Dritte im In- und Ausland (z.B. Mit- und Rückversicherer oder Case-Manager) übermitteln;
- allfällig mögliche Rückgriffe auf einen haftpflichtigen Dritten (bzw. dessen Haftpflichtversicherer) ausüben und diesem die dazu erforderlichen Daten bekannt geben;
- bei medizinischen Leistungserbringern (Ärzten, Chiropraktoren, Psychologen, Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, Laboratorien, Spitälern, Einrichtungen zur teilstationären oder ambulanten Krankenpflege, Pflegeheimen), Sozial- (AHV, IV, UVG- und KVG-Versicherung) und Privatversicherern, Vorsorgeeinrichtungen, Arbeitsstellen, Arbeitgebern sowie Zeugen und anderen Auskunftspersonen sachdienliche Informationen einholen sowie in deren Akten Einsicht nehmen.

Der Unterzeichnete ermächtigt die betreffenden Personen und Institutionen, der Basler auf Anfrage die zur Prüfung und Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Daten bekannt zu geben und entbindet sie zu diesem Zweck von ihrer Geheimhaltungspflicht.

Diese Entbindung gilt auch für die Basler in Bezug auf Daten, die sie zur Abwicklung des Versicherungsfalles an Dritte weitergibt.

Ich habe die Ermächtigung betreffend Datenverarbeitung gelesen und akzeptiere diese.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der/des Verletzten

---

---

---

# Unfallmeldung

gilt nicht für die obligatorische Unfallversicherung gemäss UVG

|                                       |   |  |  |   |      |
|---------------------------------------|---|--|--|---|------|
|                                       |   | Unfall-Nummer  |  |   |      |
| <b>1. Versicherungsnehmer</b>         | Name und Adresse mit Postleitzahl   | Tel.-Nr.   | Vertrag-Nr.                            |   |      |
|                                       |   | Postkonto-Nr. oder Bank und IBAN   |  |   |      |
| <b>2. Verletzte/r</b>                 | Name und Vorname  | Geburtsdatum   | AHV-Nummer                             |   |      |
|                                       | Strasse   | Zivilstand   | Tel.-Nr.                               |   |      |
|                                       | PLZ                      Wohnort  | Postkonto-Nr. oder Bank und IBAN   |  |   |      |
| <b>3. Berufliche Tätigkeit</b>        |   |  |  |   |      |
| <b>4. Unfalldatum</b>                 | Tag   | Monat  | Jahr                                   | Zeit (Std., Min.)   |      |
| <b>5. Unfallort</b>                   | Wo ereignete sich der Unfall? (Ort/Stelle)  |  |  |   |      |
| <b>6. Unfallbeschreibung</b>          | Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe                                       |  |  |   |      |
| <b>7. Abklärung</b>                   | a) Wurde ein Polizeirapport erstellt?<br>Wenn ja, bei welcher Polizeistelle? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein          | Name der Zeugen  |  | Wurden sie befragt?   |      |
|                                       | b) Ist eine Drittperson am Unfall beteiligt?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    Wenn ja, Name und Adresse:         |  |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein             |      |
|                                       |   | Bei welcher Gesellschaft ist der Mitbeteiligte gegen die Folgen seiner Haftpflicht versichert? |  |   |      |
|                                       |   | Vertrag-Nr. _____  |  |   |      |
| <b>8. Weitere Unfallversicherung</b>  | Ist der/die Verletzte noch bei anderen Gesellschaften oder einer Krankenkasse gegen Unfälle versichert?<br>Wenn ja, wo? _____ Vertrag-Nr. _____ |  |  |   |      |
| <b>9. Verletzung</b>                  | Betroffener Körperteil (links/rechts)   | Art der Schädigung   |  |   |      |
| <b>10. Arbeitsunfähigkeit</b>         | Arbeit infolge des Unfalles ausgesetzt?   | Wenn ja, ab wann? (Datum und Zeit)   |  | <input type="checkbox"/> Dauer der Arbeitsunfähigkeit kleiner 30 Tage |      |
|                                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gänzlich <input type="checkbox"/> teilweise zu _____ %       |  |  |   |      |
| <b>11. Arztadressen</b>               | Erstbehandlung durch:   | Nachbehandlung durch:  |  |   |      |
|                                       |   |  |  |   |      |
| <b>Angaben bei Berufstätigen</b>      |   |  |  |   |      |
| <b>12. Nicht berufsunfall</b>         | Wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)                                       |  |  |   |      |
| <b>13. Arbeitszeit des Verletzten</b> | Tage je Woche   | Stunden je Woche   | <input type="checkbox"/> unregelmässig |   |      |
|                                       |   |  |  |   |      |
| <b>14. Lohn</b>                       | <b>Barlohn</b>  | Std.   | Tag                                    | Monat   | Jahr |
|                                       | AHV-pflichtiger Bruttolohn . . . . .<br>Kinder-/Familienzulagen (nur bei Ergänzung zum UVG)   |  |  |   |      |
| <b>Naturallohn</b>                    | Art: _____  |  |  |   |      |
| <b>Sonderfälle</b>                    | <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherte/r             |  |  |   |      |
|                                       | Weiterer Arbeitgeber: _____   |  |  |   |      |

Der Unterzeichnete Verletzte ermächtigt die Basler Versicherung AG [Basler Leben AG] (nachstehend «Basler» genannt), im Rahmen der Prüfung und Bearbeitung dieses Versicherungsfalles seine Person betreffende Daten zu bearbeiten. Die Basler kann insbesondere:

- Daten an involvierte Dritte im In- und Ausland (z.B. Mit- und Rückversicherer oder Case-Manager) übermitteln;
- allfällig mögliche Rückgriffe auf einen haftpflichtigen Dritten (bzw. dessen Haftpflichtversicherer) ausüben und diesem die dazu erforderlichen Daten bekannt geben;
- bei medizinischen Leistungserbringern (Ärzten, Chiropraktoren, Psychologen, Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, Laboratorien, Spitälern, Einrichtungen zur teilstationären oder ambulanten Krankenpflege, Pflegeheimen), Sozial- (AHV, IV, UVG- und KVG-Versicherung) und Privatversicherern, Vorsorgeeinrichtungen, Arbeitsstellen, Arbeitgebern sowie Zeugen und anderen Auskunftspersonen sachdienliche Informationen einholen sowie in deren Akten Einsicht nehmen.

Der Unterzeichnete ermächtigt die betreffenden Personen und Institutionen, der Basler auf Anfrage die zur Prüfung und Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Daten bekannt zu geben und entbindet sie zu diesem Zweck von ihrer Geheimhaltungspflicht.

Diese Entbindung gilt auch für die Basler in Bezug auf Daten, die sie zur Abwicklung des Versicherungsfalles an Dritte weitergibt.

Ich habe die Ermächtigung betreffend Datenverarbeitung gelesen und akzeptiere diese.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der/des Verletzten

---

---

---

# Arztzeugnis

gilt nicht für die obligatorische Unfallversicherung gemäss UVG

|               |
|---------------|
| Unfall-Nummer |
|---------------|

|                         |                                   |              |                   |
|-------------------------|-----------------------------------|--------------|-------------------|
| 1. Versicherungsnehmer  | Name und Adresse mit Postleitzahl | Tel.-Nr.     | Vertrag-Nr.       |
|                         | _____                             |              |                   |
| 2. Verletzter           | Name und Vorname                  | Geburtsdatum | AHV-Nummer        |
|                         | Strasse                           | Zivilstand   | Tel.-Nr.          |
|                         | PLZ                      Wohnort  |              |                   |
| 3. Berufliche Tätigkeit |                                   |              |                   |
| 4. Unfalldatum          |                                   | Tag          | Monat             |
|                         |                                   |              | Jahr              |
|                         |                                   |              | Zeit (Std., Min.) |

Bitte ausfüllen bei einer **ARBEITSUNFÄHIGKEIT MIT EINER DAUER VON WENIGER ALS VIER WOCHEN.**

|   |  |        |
|---|--|--------|
| 5. Behandlungsdauer                                 | vom:   | bis:   |
| 6. Arbeitsunfähigkeit                               | <input type="checkbox"/> gänzlich  | vom:   |
|   | <input type="checkbox"/> teilweise   | % vom: |
| 7. Prognose (Abschluss der Behandlung? Invalidität) | Sofern die Abmeldung in den nächsten Tagen möglich ist, gelten diese Angaben als Schlusszeugnis. |        |
| 8. Diagnose   |  |        |

Bitte ausfüllen, wenn die Arbeitsunfähigkeit: **• VORAUSSICHTLICH VIER WOCHEN ÜBERSCHREITEN WIRD, • NUR TEILWEISE UNFALLBEDINGT IST, oder wenn: • KOMPLIKATIONEN ODER NAMHAFTER VERZÖGERUNGEN IM HEILVERFAHREN EINTRETEN.**

|  |   |
|--|---|
| 9. Angaben der/des Verletzten (Unfallhergang usw.)   |   |
| 10. Befund über Körperverletzung, psychisches Verhalten (z. B. Schock, Äthyl)                |   |
| 11. Unfallfremde Krankheiten, Gebrechen oder Folgen früherer Unfälle? Welche?                |   |
| 12. Bisherige und beabsichtigte Therapie   |   |
| Art der Behandlung   | <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> im Spital, wo? |
| 13. Besondere Vorschläge (Konsilium, Röntgenuntersuchung usw.), auch nicht-medizinischer Art |   |
| 14. Anderweitige Unfallversicherungen?   |   |

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift  
der/des behandelnden Ärztin/Arztes

\_\_\_\_\_