



ARBEITSUNFALLANZEIGE/WEGEUNFALLANZEIGE

ASSOCIATION D'ASSURANCE ACCIDENT

UNTERNEHMER	1.01 Name des Unternehmens / der Verwaltung oder Name und Vorname des Unternehmers <input style="width:90%;" type="text"/>		Der Verwaltung vorbehalten
	1.02. Adresse <input style="width:90%;" type="text"/>		
	1.03 Arbeitgebernummer bei der Sozialversicherung : <input style="width:100px;" type="text"/>		
VERLETZTER	2.01 Name, Vorname <input style="width:90%;" type="text"/>		2.05 Arbeitet der Verletzte (Beschäftigung, während derer sich der Unfall ereignet hat): <input type="checkbox"/> In einer Dauerbeschäftigung (unbefristeter Arbeitsvertrag)? <input type="checkbox"/> In einer vorübergehenden oder ähnlichen Beschäftigung? Falls es sich um einen Arbeitsvertrag mit begrenzter Laufzeit handelt, bitte den Namen und die Anschrift des Beschäftigungsunternehmens angeben sowie (falls bekannt) dessen Arbeitgebernummer bei der Sozialversicherung : <input style="width:90%;" type="text"/> Arbeitgebernummer <input style="width:100px;" type="text"/>
	2.02 Anschrift <input style="width:90%;" type="text"/>		
	2.03 Beschäftigt im Unternehmen / Betrieb als <input style="width:90%;" type="text"/>		2.06 Arbeitet der Verletzte (Beschäftigung, während derer sich der Unfall ereignet hat) : <input type="checkbox"/> Ganztags ? <input type="checkbox"/> Teilzeit ? Zahl der normalerweise gearbeiteten Wochenstunden bitte angeben: <input style="width:100px;" type="text"/> Stunden / Woche
	2.04 Versichertennummer oder Geburtsdatum <input style="width:100px;" type="text"/>		
UNFALL	3.01 Unfallzeitpunkt Tag / Monat/ Jahr - Stunde : Minute <input style="width:20px;" type="text"/> / <input style="width:20px;" type="text"/> / <input style="width:20px;" type="text"/> - s: <input style="width:20px;" type="text"/> min <input style="width:20px;" type="text"/>		3.02 Zeitpunkt der Meldung an den Unternehmer Tag/ Monat/ Jahr - Stunde : Minute <input style="width:20px;" type="text"/> / <input style="width:20px;" type="text"/> / <input style="width:20px;" type="text"/> - s: <input style="width:20px;" type="text"/> min <input style="width:20px;" type="text"/>
	3.03 Beginn und Ende der vorgesehenen oder tatsächlichen Arbeitszeit des Verletzten am Tag des Unfalls Vormittags von / bis Stunde : Minute - Stunde : Minute s: <input style="width:20px;" type="text"/> min <input style="width:20px;" type="text"/> s: <input style="width:20px;" type="text"/> min <input style="width:20px;" type="text"/> Nachmittags von / bis Stunde : Minute - Stunde : Minute s: <input style="width:20px;" type="text"/> min <input style="width:20px;" type="text"/> s: <input style="width:20px;" type="text"/> min <input style="width:20px;" type="text"/>		3.04 Wo ereignete sich der Unfall: <input type="checkbox"/> am gewöhnlichen Arbeitsplatz des Verletzten <input type="checkbox"/> an einem vorübergehenden oder beweglichen Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> auf dem Arbeitsweg
	3.05 An welchem Arbeitsort oder an welchem Arbeitsplatz befand sich der Verletzte zum Zeitpunkt des Unfalls ? Bitte den Ort <u>genau</u> angeben (bei Verkehrsunfällen, bitte die Ortschaft und die Strasse angeben). <input style="width:90%;" type="text"/>		
	3.06 Welche Art von Arbeit führte der Verletzte aus, respektiv in welchem Arbeitsprozess befand der Verletzte sich zum Zeitpunkt des Unfalls? Bitte die Art der Arbeit <u>genau</u> angeben. <input style="width:90%;" type="text"/>		
	3.07 Was tat der Verletzte zum Zeitpunkt des Unfalls genau ? Die spezifische Tätigkeit und die gegebenenfalls beteiligten Gegenstände (Werkzeuge, Maschinen, Geräte, Materialien, Objekte, Instrumente, Substanzen usw.), die der Verletzte dabei benutzt hat, bitte <u>genau</u> angeben. <input style="width:90%;" type="text"/>		
	3.08 Genaue Schilderung des Unfallhergangs <input style="width:90%; height:150px;" type="text"/>		
	3.09 Welches vom normalen Arbeitsprozess abweichende Ereignis hat (oder welche Ereignisse haben) den Unfall verursacht? Bitte geben sie alle von der Norm abweichende Ereignisse und die gegebenenfalls beteiligten Gegenstände (Werkzeuge, Maschinen, Geräte, Materialien, Objekte, Instrumente,Substanzen usw.) <u>genau</u> an. <input style="width:90%;" type="text"/>		
	3.10 Wie wurde die Person verletzt? Bitte geben sie alle zur Verletzung führenden Kontakte und die gegebenenfalls beteiligten Gegenstände (Werkzeuge,Maschinen, Geräte, Materialien, Objekte, Instrumente, Substanzen usw.) <u>genau</u> an. <input style="width:90%;" type="text"/>		

Das Unfallanzeigeformular ist per Computer auszufüllen oder, falls noch handgeschrieben werden muss, in schwarzer Schrift und in Druckbuchstaben.

3.11 Getroffene oder zu treffende Schutzmassnahmen um einen ähnlichen Unfall in Zukunft zu verhindern

Der Verwaltung vorbehalten

3.12 Name und Anschrift der Person welche vom Unfall zuerst Kenntnis genommen hat

War diese Person Augenzeuge ?

 nein ja4.01 Keine Verletzung, nur Fahrzeugschaden -> bitte zu den Rubriken 5.01 bis 5.05 übergehen4.02 Falls eine Verletzung vorliegt, bitte Art der Verletzung angeben

- Wunden und oberflächliche Verletzungen(einschliesslich Prellungen) Schäden durch extreme Temperaturen, Licht oder Strahlungen
- Knochenfrakturen Schock (ohne unmittelbare physische Verletzung)
- Dislokationen, Verstauchungen und Zerrungen Mehrfachverletzungen
- Erschütterungen und innere Verletzungen Andere Verletzung(en) welche oben nicht aufgeführt ist(sind), bitte angeben:
- Verbrennungen und Erfrierungen
- Schäden durch Schall, Vibration und Druck
- Art der Verletzung unbekannt

4.03 Bitte betroffenes Körperteil angeben

- Kopf
- Auge(n) links rechts
- Hals
- Rücken
- Brustkorb
- Bauch, Becken
- Ganzer Körper und verschiedene Bereiche
- Schulter(n): links rechts
- Arm(e) einschl. Ellbogen links rechts
- Hand (Hände): links rechts
- Bein(e), einschl. Knie links rechts
- Fuß (Füße): links rechts
- Sonstiges Körperteil oder Körperteile welche(s) oben nicht aufgeführt sind (ist), bitte angeben:
- Betroffener Körperteil unbekannt

4.04 Name, Vorname und Anschrift des behandelnden Arztes :

4.06 Gegebenenfalls, aufgesuchtes Krankenhaus angeben:

4.05 Codenummer des Arztes (falls bekannt) :

4.07 Folgen des Unfalls

- Tod
- Der Verletzte hat die Arbeit nicht eingestellt
- Der Verletzte hat die Arbeit eingestellt am:
- Tag / Monat / Jahr - Stunde : Minute
- / / - s: min

4.08 Wiederaufnahme der Arbeit

Diese Rubrik frühestens ab dem achten Tag nach dem Unfalldatum ausfüllen.

- Der Verletzte hat die Arbeit nicht wieder aufgenommen
- Der Verletzte hat die Arbeit wieder aufgenommen am:
- Tag / Monat / Jahr
- / /

5.01 Name und Vorname des Unterzeichners

5.04 Ort, Datum

Tag / Monat / Jahr

den / /

5.02 Funktion des Unterzeichners

5.05 Unterschrift des Unternehmers oder seines Bevollmächtigten, Stempel des Unternehmens

5.03 Telefonnummer / Faxnummer :

Bitte vor dem Absenden des Formulars alle Rubriken ausfüllen.

Jedes unvollständige Formular wird zurückgeschickt !