



Kollektive Unfallversicherung

Unfallmeldung

Für sofortige Unfallmeldung Telefon (+41) 71 411 70 80

Gesellschaft

Policennummer

Versicherungsnehmer

Name/Firma	PC- oder Bankkonto
Betrieb	Bank/Filiale in
Strasse	MWST-pflichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
PLZ/Ort	MWST-Nr. <input type="text" value="(leer lassen)"/>
Tel. G. <input type="text"/>	Mobil <input type="text"/>
Fax <input type="text"/>	E-Mail <input type="text"/>

Versicherte Person

Name/Vorname	Beginn der ärztlichen Behandlung
Geburtsdatum <input type="text"/>	Zivilstand <input type="text"/>
Beruf <input type="text"/>	Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals <input type="text" value="(leer lassen)"/>
Strasse <input type="text"/>	
PLZ/Ort <input type="text"/>	Ist Arbeitsunfähigkeit eingetreten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Tel. P. <input type="text"/>	Mobil <input type="text"/>
Tel. G. <input type="text"/>	Mobil <input type="text"/>
PC- oder Bankkonto	Seit wann? <input type="text"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/>
Bank/Filiale in	Voraussichtliche Dauer <input type="text"/>
Beschäftigt als	Besteht Anspruch auf Leistungen anderer Versicherungen inkl. Haftpflichtversicherungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Angestellt seit	Wo? <input type="text"/>
Verwandt mit Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Police-Nr. <input type="text"/>
Wie? <input type="text"/>	Sind dort Heilungskosten versichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Unfallereignis

Datum <input type="text"/>	Zeit (0-24) <input type="text"/>	Amtliche Tatbestandsaufnahme <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ort <input type="text"/>		Durch wen? <input type="text"/>
Ist jemand für den Unfall haftbar? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Name/Vorname <input type="text"/>		Sind Zeugen vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Strasse <input type="text"/>		Name/Vorname <input type="text"/>
PLZ/Ort <input type="text"/>		Strasse <input type="text"/>
		PLZ/Ort <input type="text"/>

Hergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

Art der Verletzungen

Arbeitszeit der versicherten Person

Arbeitszeit Tage je Woche	Arbeitseinsatz
Stunden je Woche	unregelmässig
Stunden je Tag	Wenn ja, wie?
Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden	Kurzarbeit

Lohn der versicherten Person

Fester Lohn gemäss Police in CHF					
Massgebender Lohn	CHF pro	Std.	Tag	Monat	Jahr
Barlohn Grundlohn (AHV-Lohn)					
Teuerungszulage					
Akkord/Provision					
Kinder-/Familienzulagen					
Ferien-/Feiertagsentschädigung	% oder				
Andere Lohnzulagen (Art.)					
Gratifikation/ 13. Monatslohn	% oder				
Naturallohn Art					
Total					

Bei Nichtbetriebsunfall

Hat der Lohnanspruch schon vor dem Unfall aufgehört?	Wann?
nein ja	

Andere Versicherungen

Bestehen noch andere Versicherungen (z.B. UVG, Auto-Insassenversicherung, usw.)	Gesellschaft
nein ja	Police-Nr.
	Mit Heilungskostendeckung nein ja

Die Unterzeichneten ermächtigen die Marcel Raymann AG, bzw. die Versicherungsgesellschaft, zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten, des UVG- oder KVG-Versicherers. Sie sind ferner damit einverstanden, dass die MR AG, bzw. die Versicherungsgesellschaft, die für die Schadenabwicklung notwendige Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum	Unterschrift der versicherten Person (sofern nicht identisch mit Versicherungsnehmer)	Unterschrift des Versicherungsnehmers
---------------	--	---------------------------------------