

**UNFALLANZEIGE UVG-ERGÄNZUNGS- UND ZUSATZVERSICHERUNG**

Policen-Nr. \_\_\_\_\_ Schaden-Nr. \_\_\_\_\_

**VERSICHERUNGSNEHMER**

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Telefon P \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ Betriebsart \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_

**VERUNFALLTE PERSON**

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Üblicher Arbeitsplatz \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ Datum der Anstellung \_\_\_\_\_

 Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_ Geschlecht  männlich  weiblich

 Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Übliche berufliche Tätigkeit  gelernt  angelehrt

 Zivilstand \_\_\_\_\_  ungelernt  Lehrling

 Nationalität \_\_\_\_\_ Kinder bis 20 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre  Anzahl \_\_\_\_\_  keine

**UNFALL**

Wann hat sich der Unfall ereignet? Datum \_\_\_\_\_ Zeit \_\_\_\_\_

Ort des Unfalls? \_\_\_\_\_

Unfallhergang? \_\_\_\_\_

Art der Verletzungen? \_\_\_\_\_

 Wurde ein Polizeirapport aufgenommen?  Ja  Nein

Wenn ja, durch welche Stelle? \_\_\_\_\_

 Bei Verschulden anderer Personen bitte Namen und Adresse der schuldigen Person angeben  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 Name und Adresse von allfälligen Zeugen  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ALLGEMEINE FRAGEN**

Name und Adresse des behandelnden Arztes

---

---

Ist ein Spital und/oder Kuraufenthalt vorgesehen?

Ja  Nein

Wenn ja, wo und wie lange?

---

---

Bei welcher Gesellschaft ist die verunfallte Person obligatorisch gegen Unfälle versichert?

---

---

---

Arbeitszeit	Tage je Woche	Stunden je Woche	Betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

**LOHN**

Grundlohn (brutto)

CHF/Stunde	CHF/Tag	CHF/Monat	CHF/Jahr
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

Teuerungszulage

---

---

Akkord/Provision

---

---

Kinder-/Familienzulagen

---

---

Ferien-/Feiertagsentschädigung in \_\_\_\_\_ % oder \_\_\_\_\_

---

---

Andere Lohnzulagen (Art) \_\_\_\_\_

---

---

Gratifikation/13. Monatslohn in \_\_\_\_\_ % oder \_\_\_\_\_

---

---

Naturallohn, Art

---

---

**KONTOANGABE**

Das Taggeld ist auf folgendes Konto zu überweisen:

Postchckkonto

Nr.

---

---

Konto-Inhaber

---

---

Bankkonto

Name der Bank

---

---

Ort

---

---

Konto-Inhaber

---

---

Bankkonto

---

---

Clearing-Nr.

---

---

**BEMERKUNGEN**

---

---

---

Die verunfallte Person erklärt hiermit, die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Sie ermächtigt die SOLIDA, bei anderen Versicherungsträgern (private Versicherungsgesellschaften, SUVA, IV, AHV, MV etc.), Ärzten, Polizei- und Gerichtsstellen Auskünfte einzuholen.

Ort und Datum

Unterschrift der verunfallten Person

---

---

---

---

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift der Firma

---

---

---

---