

UNFALLANZEIGE UVG-ERGÄNZUNGS- UND ZUSATZVERSICHERUNG



Vertreten durch:

Policen-Nr.:

Schaden-Nr.:

VERSICHERUNGSNEHMER

Name/Vorname _____ Telefon P _____
Strasse, Nr. _____ G _____
Postleitzahl/Ort _____ Betriebsart _____

VERUNFALLTE PERSON

Name/Vorname _____ Üblicher Arbeitsplatz _____
Strasse, Nr. _____ Datum der Anstellung _____
Postleitzahl/Ort _____ Geschlecht männlich weiblich
Geburtsdatum _____ Übliche berufliche
Zivilstand _____ Tätigkeit gelernt angelernt
Nationalität _____ ungelernt Lehrling
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 Verletzung? _____

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?

Arbeitszeiten:

Tage der Woche:

Stunden je Woche:

Betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit:

LOHN

	CHF /Stunde	CHF /Tag	CHF /Monat	CHF /Jahr
Grundlohn (brutto)				
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:

Postkonto

Nr.

Konto-Inhaber

Bankkonto

Name der Bank

Ort

Konto-Inhaber

IBAN

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.

Verunfallte Person

Ort, Datum, Unterschrift

Firma

Ort, Datum, Unterschrift
