

Unfallmeldung

gilt nicht für die obligatorische Unfallversicherung gemäss UVG

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

Ich habe die Ermächtigung betreffend Datenverarbeitung auf der Rückseite gelesen und akzeptiere diese.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der/des Verletzten

Geht an: **Basler, Versicherungs-Gesellschaft**
Aeschengraben 21, Postfach 2275, CH-4002 Basel, Telefon 061 285 85 85, Fax 061 285 70 70
oder das Ihnen bekannt gegebene Leistungszentrum

Der Unterzeichnete Verletzte ermächtigt die Basler Versicherungs-Gesellschaft [Basler Lebens-Versicherungs-Gesellschaft] (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 Versicherungs-Gesellschaft in Bezug auf Daten, die sie zur Abwicklung des Versicherungsfalles an Dritte weitergibt.

Unfallmeldung

gilt nicht für die obligatorische Unfallversicherung gemäss UVG

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

Ich habe die Ermächtigung betreffend Datenverarbeitung auf der Rückseite gelesen und akzeptiere diese.

Ort und Datum _____ Unterschrift des Versicherungsnehmers _____ Unterschrift der/des Verletzten _____

Der Unterzeichnete Verletzte ermächtigt die Basler Versicherungs-Gesellschaft [Basler Lebens-Versicherungs-Gesellschaft] (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 Versicherungs-Gesellschaft in Bezug auf Daten, die sie zur Abwicklung des Versicherungsfalles an Dritte weitergibt.

Arztzeugnis

gilt nicht für die obligatorische Unfallversicherung gemäss UVG

Unfall-Nummer

1. Versicherungsnehmer	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____ _____	Tel.-Nr.	Police-Nr.
2. Verletzter	Name und Vorname _____ Strasse _____ PLZ Wohnort	Geburtsdatum _____	AHV-Nummer _____
		Zivilstand _____	Tel.-Nr. _____
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: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> teilweise % vom: _____ bis: _____
7. Prognose (Abschluss der Behandlung? Invalidity)	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

Geht an: Erstbehandelnden Arzt -> Basler, Versicherungs-Gesellschaft
Aeschengraben 21, Postfach 2275, CH-4002 Basel, Telefon 061 285 85 85, Fax 061 285 70 70
oder das Ihnen bekannt gegebene Leistungszentrum