

Unfallmeldung

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ _____ Ort _____

E-Mail _____ Abteilung (GKD / Kirchgemeinde) _____

Versicherungszweig

Berufsunfall

Unfall geschah während der Arbeit

Nichtbetriebsunfall

Unfall geschah in der Freizeit

Unfallart

Bagatellunfall

Arbeitsunfähigkeit 0 bis 2 Tage
(exkl. Unfalltag)

Unfall

Arbeitsunfähigkeit > 2 Tage
(exkl. Unfalltag)

Zahnschaden

Unfalldatum _____ Unfallzeitpunkt _____ Uhr

Datum letzte Arbeitstätigkeit im Betrieb vor dem Unfall _____ Zeit _____ Uhr

Arbeitsunfähigkeit Nein Ja länger als 1 Monat

Aussetzdatum _____

Wiederaufnahmedatum _____

Betätigung zum Unfallzeitpunkt _____

Unfallort (PLZ, Ort) _____

Unfallstelle _____

Besteht ein Polizeirapport Nein Ja

Beschreibung des Unfallhergangs (Tätigkeit zur Zeit des Unfalls, Unfallhergang, beteiligte Gegenstände)

Beteiligte Personen _____

Hauptverletzung Körperteil _____ Verletzungsseite _____

Verletzungsart _____ andere Schädigung _____

Verletzung weitere Körperteil _____ Verletzungsseite _____

Verletzungsart _____ andere Schädigung _____

Erstbehandlung Name Vorname _____

Arzt / Ärztin / Spital Strasse _____

PLZ Ort _____

Nachbehandlung
Arzt / Ärztin / Spital
(nur bei Abweichung
zu Erstbehandlung)

Name Vorname _____

Strasse _____

PLZ Ort _____

Weitere Arbeitgeber

Nein

Ja Name _____

Unfallversicherer _____

Letzte Arbeitstätigkeit vor dem Unfall, Datum: _____ Zeit: _____ Uhr

Zustellung der Versicherungsmeldung

per E-Mail

per Post

Ort, Datum _____

Ausgefülltes Formular bitte per E-Mail an personelles@reformiert-winterthur.ch senden. Vielen Dank.