## Arbeitslosenversicherung Meldung Unfall während Arbeitslosigkeit

Γ	Name								
-	Name								
	Vorname								
	AHV-Nummer		burtsdatum						
	7 5 6								
	_		T T M M J J J						
	Bitte senden Sie dieses Formular Ihrer Arbeitslosenkasse zu.								
1	Handelt es sich um einen Rückfall?	nein							
			am Ursprüngliche Unfallnummer						
		ja, Rückfalldatum:	T T M M J J J						
		Schadendatum	Zeit						
2	Wann ereignete sich der Unfall? (Bei Rückfall das ursprüngliche								
	Datum angeben)	T T M M J J J	J S S M M						
3	Wo ereignete sich der Unfall?	Unfallort							
	Genauer Ort und Stelle angeben.								
4	Wie ereignete sich der Unfall?	Unfallbeschreibung							
	Beschreibung der Tätigkeit zum Unfallzeitpunkt und								
	des Unfallhergangs.								
		Javahilaria Cararatii							
5	Welche Gegenstände wie Maschinen, Geräte, Fahrzeuge	Involvierte Gegenstände							
	und Stoffe waren involviert?								
6	Waren andere Personen								
	am Unfall beteiligt?	nein ja	unbekannt						
7	Besteht ein Polizeirapport?	nein ja	unbekannt						





8	Welche Verletzung(en) haben Sie erlitten? Betroffene Körperteile und Art der Schädigung von jedem Körperteil.	Art der Schädigung  Betroffenes Körperteil  Art der Schädigung  Betroffenes Körperteil		links	rechts rechts rechts	unbestimmt
		Art der Schädigung				
9	<b>Arbeitsunfähigkeit</b> Sind oder waren Sie arbeits- unfähig?	nein ja, seit	Datum T T M M J J J	ZU J Bitts	e Arztzeugnisse b	% arbeitsunfähig
10	Besteht wieder eine Arbeitsfähigkeit?	nein ja, ab	Datum T T M M J J J	zu J Bitte	e Arztzeugnisse be s vorhanden)	% arbeitsfähig
11	Arztadressen Wer sind Ihre behandelnden Ärzte und in welcher Gesundheitseinrich- tung wurden Sie behandelt? (Praxis, Spital, Klinik etc.)	Erstbehandelnde/r Arzt/Ärztin:	Arzt und Gesundheitseinrichtung (Name, A	Adresse)		
		Nachbehandelnde/r Arzt/Ärztin:	Arzt und Gesundheitseinrichtung (Name, A	Adresse)		
40	Berufsunfall  12 Erlitten Sie den Unfall bei einer arbeitsmarktlichen Massnahme oder auf dem Hin-/Rückweg?	nein ja, wo?	Name der Massnahme und Anbieter			
12						
13	Zwischenverdienst  Haben Sie am Unfalltag einen Zwischenverdienst erzielt oder war ein solcher vorgesehen?	nein ja, bei	Arbeitgeber (Name, Adresse)			
	Andere Sozialversicherungsleistung	gen	Art der Leistung, Art der Versicherung			
14	Beziehen Sie ein Taggeld oder eine Rente, oder haben Sie einen Antrag dafür eingereicht?	nein ja, welche?				
			Krankentaggeld, Unfallversicheru berufliche Vorsorge/Pensionskas Entschädigung für den andern El	se, AHV, EO inkl.	Mutterschaftsent	schädigung und
10	Ort	Dai	um			
10538d - 03-2025		Т	T M M J J J			
10538c	Unterschrift					