

Arbeitslosenversicherung

Meldung Unfall während Arbeitslosigkeit

Name

Vorname

AHV-Nummer

7 5 6

Geburtsdatum

T T M M J J J J

Bitte senden Sie dieses Formular Ihrer Arbeitslosenkasse zu.

1 Handelt es sich um einen Rückfall?

nein

ja, Rückfalldatum:

am

T T M M J J J J

Ursprüngliche Unfallnummer

2 Wann ereignete sich der Unfall?
(Bei Rückfall das ursprüngliche Datum angeben)

Schadendatum

T T M M J J J J

Zeit

S S M M

3 Wo ereignete sich der Unfall?
Genauer Ort und Stelle angeben.

Unfallort

4 Wie ereignete sich der Unfall?
Beschreibung der Tätigkeit zum Unfallzeitpunkt und des Unfallhergangs.

Unfallbeschreibung

5 Welche Gegenstände wie Maschinen, Geräte, Fahrzeuge und Stoffe waren involviert?

Involvierte Gegenstände

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.

Betroffenes Körperteil

links rechts unbestimmt

Art der Schädigung

Betroffenes Körperteil

links rechts unbestimmt

Art der Schädigung

Betroffenes Körperteil

links rechts unbestimmt

Art der Schädigung

Arbeitsunfähigkeit

9 Sind oder waren Sie arbeitsunfähig?

nein ja, seit

Datum

T	T	M	M	J	J	J	J

zu % arbeitsunfähig

Bitte Arztzeugnisse beilegen.

10 Besteht wieder eine Arbeitsfähigkeit?

nein ja, ab

Datum

T	T	M	M	J	J	J	J

zu % arbeitsfähig

Bitte Arztzeugnisse beilegen.
(falls vorhanden)

Arztadressen

11 Wer sind Ihre behandelnden Ärzte und in welcher Gesundheitseinrichtung wurden Sie behandelt? (Praxis, Spital, Klinik etc.)

Erstbehandelnde/r
Arzt/Ärztin:

Arzt und Gesundheitseinrichtung (Name, Adresse)

Nachbehandelnde/r
Arzt/Ärztin:

Arzt und Gesundheitseinrichtung (Name, Adresse)

Berufsunfall

12 Erlitten Sie den Unfall bei einer arbeitsmarktlichen Massnahme oder auf dem Hin-/Rückweg?

nein ja, wo?

Name der Massnahme und Anbieter

Zwischenverdienst

13 Haben Sie am Unfalltag einen Zwischenverdienst erzielt oder war ein solcher vorgesehen?

nein ja, bei

Arbeitgeber (Name, Adresse)

Andere Sozialversicherungsleistungen

14 Beziehen Sie ein Taggeld oder eine Rente, oder haben Sie einen Antrag dafür eingereicht?

nein ja, welche?

Art der Leistung, Art der Versicherung

Krankentaggeld, Unfallversicherung/Suva, Militärversicherung, Invalidenversicherung, berufliche Vorsorge/Pensionskasse, AHV, EO inkl. Mutterschaftsentschädigung und Entschädigung für den andern Elternteil, ausländische Versicherung

Ort

Datum

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift