

UNFALLANZEIGE

Name und Anschrift des Unternehmens

Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Empfänger/Unfallversicherungsträger

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Tag		Monat		Jahr			

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

--	--	--	--	--

Geschlecht

männlich

weiblich

Staatsangehörigkeit

Leiharbeitnehmer?

ja

nein

Auszubildender?

ja

nein

Ist der Versicherte

Unternehmer

mit dem Unternehmer verwandt

Ehegatte des
Unternehmers

Gesellschafter/ Geschäftsführer

Anspruch auf Entgeltfortzahlung
für

--	--

Wochen

Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)

tödlicher Unfall?

ja

nein

Unfallort (Straße, PLZ, Ort)

Unfallzeitpunkt

Tag		Monat		Jahr			Stunde		Minute		

detaillierte Beschreibung des Unfallgeschehens (Wo geschah der Wegeunfall? Wie trug er sich zu? etc.)

Angaben beruhen auf Schilderung

des Versicherten

anderer Personen

verletzte Körperteile

Art der Verletzung

Wer hat von dem Unfall Kenntnis genommen?
(Name, Anschrift)

War diese Person Augenzeuge

ja

nein

Arzt/Krankenhaus der Erstbehandlung
(Name, Anschrift)

Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten

Beginn

Ende

--	--	--	--	--	--	--	--

Stunde

Minute

Stunde

Minute

Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt als

Seit wann Ausübung dieser Tätigkeit?

--	--	--	--	--	--

Monat

Jahr

In welchem Teil des Unternehmens ist der Versicherte ständig tätig?

Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt?

nein

sofort

--	--	--	--	--	--

später am (Monat, Jahr)

Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen?

nein

--	--	--	--	--	--

ja, am (Monat, Jahr)

Datum

Unternehmen

Betriebsrat

Tel. Ansprechpartner