

Vaudoise Allgemeine, Versicherungs-Gesellschaft AG, Place de Milan, 1001 Lausanne
 Tel. 0800 811 911 Fax 021 618 85 16 sinistres@vaudoise.ch

1. Versicherungsnehmer	Name, Vorname			Schaden-Nummer	
	Adresse			Vertrags-Nummer	
	PLZ / Wohnort			Tel-Nr	
	Mail			Fax-Nr	
2. Verletzte/r	Name, Vorname			Zivilstand	
	Adresse			Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre Vorname des Vaters (bei minderjährigem Verletzten)	Anzahl
	PLZ / Wohnort				Krankenkasse
	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		Telefon	
	Mail			Natel	
	Postcheck / Bankkonto				
3. Bei Arbeitsvertrag	Ausgeübter Beruf				
	Arbeitgeber falls vom Versicherungsnehmer verschieden				
	Arbeitseinsatz	Grad % <input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig			
	Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> voll			
4. Unfall	Datum (tt.mm.jjjj)			Zeit (ss:mm)	
	Art des Unfalls	<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> Rückfall			
	Bei Schulunfall Unfallort	<input type="checkbox"/> Pausenplatz <input type="checkbox"/> Schulweg <input type="checkbox"/> Unterricht <input type="checkbox"/> Turnhalle <input type="checkbox"/> Schulausflug			
		<input type="checkbox"/> Veranstaltung der Schule <input type="checkbox"/> Schullager <input type="checkbox"/> andere			
	Fahrzeug	<input type="checkbox"/> Mitfahrer <input type="checkbox"/> Lenker <input type="checkbox"/> PW <input type="checkbox"/> Motorrad, Scooter <input type="checkbox"/> Motorfahrrad <input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> anderes Fahrzeug			
	Strasse oder Flurname				
Ortschaft					
Beschreibung des Unfalls					
5. Verletzung	Betroffener Körperteil	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt			
	Art der Schädigung				
6. Abklärung	Polizeirapport	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt			
	Zeugen (Name, Vorname, Ortschaft)				
	Haftpflichtiger Dritter ? (Name, Vorname, Ortschaft)				
7. Arzt-adressen	Erste Behandlung				
	Weitere Behandlung				
8. Arbeits-unfähigkeit	Arbeit ausgesetzt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, ab wann		Länger als 1 Monat ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wieder aufgenommen ab			<input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise	
9. Lohn Nur auszufüllen, wenn das Taggeld aufgrund des AHV-Lohnes berechnet wird		CHF pro	Stunde	Monat	Jahr
	Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)				
	Ferien-/Feiertragsentschädigung (in % oder CHF)				
	Gratifikation / 13. Monatslohn (in % oder CHF)				
	Andere Lohnzulagen - Art				
10. Sozialversicherungsleistungen	Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei : Krankenversicherung, obl. Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, berufliche Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse ?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welche?	
Bei elektronischem Versand verzichten die Vaudoise Versicherungen auf handgeschriebene Unterschriften					
Ort und Datum:		Name des Unterzeichners:		Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers:	