**Formular Unfallmeldung** für nichtmilitarisierte Spieler\*innen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | Vorname: |  |
| Strasse: |  |
| PLZ / Wohnort: |  |
| Telefon: |  | E-Mail: |  |
| SVA-Nr.: | 756. | Geburtsdatum: |  |
| **Einstufung** |  |
| Art: | [ ]  Berufsunfall | [ ]  Nichtberufsunfall |
| Kategorie: | [ ]  Unfall | (Unfälle mit mehr als 2 Tagen Arbeitsausfall) |
|  | [ ]  Bagatellunfall | (Unfälle bis 2 Tage Arbeitsausfall (exkl. Unfalltag)) |
|  | [ ]  Rückfall | (Arbeitsausfall infolge eines vorherigen Unfalls) |
|  | [ ]  Zahnschaden | (Verletzung der Zähne) |
| **Unfalldetails** |  |
| Unfalldatum: |  | Unfallort/-Land: |  |
| Letztes Arbeitsdatum: |  |  |  |
| Arbeit ausgesetzt? | [ ]  Nein | [ ]  Ja, von/bis Datum: |  |
| Sachverhalt:(Tätigkeit zur Zeit des Unfalles, Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, beteiligte Personen, Fahrzeuge usw) |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Existiert ein Polizeirapport? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |  |
| Verletzte/r Körperteil/e: |  |
| Verletzungsseite: | [ ]  Rechts | [ ]  Links | [ ]  Beidseits | [ ]  Unbestimmt |
| Verletzungsart: | [ ]  Biss | [ ]  Bruch | [ ]  Prellung | [ ]  Zerrung | [ ]  Verstauchung |
|  | [ ]  Stich | [ ]  Riss | [ ]  Schnitt | [ ]  Andere: |  |
| Erstbehandelnder Arzt: | Name |  |
|  | Adresse |  |
|  | PLZ / Ort |  |
| Arztzeugnis vorhanden? | [ ]  Ja (bitte beilegen) | [ ]  Nein |

Diese Angaben werden benötigt, um die Unfallmeldung bei der Mobiliar (Versicherung) einzureichen und werden vertraulich behandelt. Bitte **alle Formularfelder** ausfüllen und senden an:

swiss unihockey

Andres Meier

Talgut-Zentrum 27

3063 Ittigen bei Bern

oder per E-Mail an: andres.meier@swissunihockey.ch