

## Unfallmeldung

<b>Name des Mitglieds</b>	
<b>Anschrift</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>OGBL-Mitglied seit</b>	
<b>Arbeitgeber (Name + Anschrift)</b>	

**1**

<b>Ort und Zeitpunkt des Unfalls?</b>	
<b>Während welcher Tätigkeit (z.B. Reise, Sport)?</b>	
<b>Wie kam es zu dem Unfall?</b>	

**2**

<b>Welche Polizeidienststelle hat einen Unfallbericht erstellt?</b>			
<b>Wurde ein Alkoholtest durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Ergebnis:

**3**

<b>Wurde das Fahrzeug vom Unfallopfer gesteuert?</b>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
<b>Falls ja</b>	<b>Führerschein seit:</b>	
	<b>Kategorie:</b>	
	<b>Fahrzeugmarke:</b>	

4

<b>Unfall mit tödlichen Folgen?</b>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
<b>Welcher Art ist die Verletzung?</b>		
<b>Welche Körperteile sind verletzt?</b>		
<b>Ist mit einer Invalidität von mindestens 10% zu rechnen?</b>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
<b>Name und Anschrift des behandelnden Arztes</b>		

Ort:

Datum:

Unterschrift des Verletzten oder seines  
Unterschriftberechtigten

**DER ABTEILUNG „MITGLIEDERVERWALTUNG“ VORRBEHALTEN**

Membre depuis :

Matricule OGBL :

**Retourné en copie à l'intéressé avec information :**

Transmis à l'assurance Baloise Assurances pour indemnisation

Date de transmission :

Affaire déclinée

Membre averti le :

Raison :

**Date :**

**Cachet et signature :**