

## Formular Unfallanzeige / Formulaire déclaration d'accident

Version 25.11.2025

Unfallanzeige des Klubs/Sektion/Verband:

*Avis d'accident du club/section/association :* \_\_\_\_\_

Datum des Unfalls :

*Date de l'accident :* \_\_\_\_\_

Anlass:

*Manifestation :* \_\_\_\_\_

Name, Vorname <i>Nom, prénom</i>	Strasse, PLZ, Wohnort <i>Rue, NP, Lieu</i>	Beruf <i>Profession</i>	Geburts- datum <i>Date de naissance</i>	Versicherungs- kategorie <i>Catégorie d'as- surance</i>
Telefon- / Mobil-Nummer <i>Numéro de téléphone</i>				
E-Mail <i>e-mail</i>				
IBAN-Nummer <i>Numéro IBAN</i>				

1 a) Unfallort:

*Lieu de l'accident :* \_\_\_\_\_

b) Name und Adresse des Gegners:

*Nom et adresse de l'adversaire :* \_\_\_\_\_

2 Genauer Zeitpunkt des Unfalls (Datum und Uhrzeit):

*Heure exacte de l'accident (date et heure) :* \_\_\_\_\_

3 Wie hat sich der Unfall zuggetragen und welches ist die mutmassliche Ursache:

*Indication des causes et circonstances :* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4 Angaben von 2 Augenzeugen und deren Wohnort:

*Données de 2 témoins et indication de leur adresse :* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. a) Genaue Adresse des behandelnden Arztes:

*Adresse exacte du médecin traitant :* \_\_\_\_\_

b) Wann wurde die erste ärztliche Hilfe in Anspruch genommen:

*Quand a eu lieu la première intervention médicale :* \_\_\_\_\_

c) Art der Verletzung (welcher Körperteil wurde genau verletzt):

*Genre de blessure (partie du corps blessée) :* \_\_\_\_\_

d) Mutmassliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit:

*Durée approximative de l'incapacité de travail :* \_\_\_\_\_

6. a) Arbeitsverhältnis:  Schüler/in / Student / *Élève / Étudiant*  
*Contrat de travail:*  selbständig erwerbend / *Travailleur indépendant*  
 Arbeitnehmer / *employé* *Pensum in %*  
*taux d'occupation %* \_\_\_\_\_

b) Adresse des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_  
*Nom et adresse de l'employer:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- c) Erhalten Sie bei Unfall weiterhin Lohnzahlungen? *Recevez-vous votre salaire en cas d'accident?*  Ja / *oui*  Nein / *non*

d) Wenn ja; wie viel % und Dauer: \_\_\_\_\_  
*Si oui, combien % et pour quelle durée :* \_\_\_\_\_

7. a) SUVA versichert: \_\_\_\_\_  
*Etes-vous assuré auprès de la SUVA :* \_\_\_\_\_

b) Bestehen anderweitige Versicherungen (Taggeld): \_\_\_\_\_  
*Le blessé est-il assuré après d'autres assurances (Indemnité journalière):* \_\_\_\_\_

**Für die wahrheitsgetreue Angaben zeugen: / Confirmé conforme :**

**Der Verunfallte**  
***l'accidenté***

**Der Präsident oder der Verantwortliche für die Hilfskasse**  
***Le président ou le responsable pour la caisse de secours***

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift / signature*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift / signature*

\_\_\_\_\_  
den /le \_\_\_\_\_

Diese Unfallanzeige ist vom Präsidenten oder des Verantwortlichen für die Hilfskasse auszufüllen und darf dem Arzt nicht vorgelegt werden; sie ist **innert 30 Tagen** an den Kassier der Hilfskasse ESV zu senden. *L'avis d'accident doit être rempli par le président ou le caissier d'assurance et ne doit pas être présenté au médecin. Il doit être envoyé dans un **délai de 30 jours** au caissier de la caisse de secours.*

Allfällige Bemerkungen:

*Observations éventuelles:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nicht wahrheitsgetreue Angaben hat die Ablehnung der Haftbarkeit zur Folge!**  
***L'accident ne sera pas reconnu en cas des fausses déclarations !***

**Geht an:** HK ESV, Geschäftsstelle ESV

**Va à:** CSAFLS, secrétariat générale AFLS

Rumendingenstrasse 1, 3423 Ersigen – sekretariat@esv.ch