

Unfallmeldung UVG

Schadensnummer			
1. Arbeitgeber	Tel.:	Police-Nr.:	
	Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten:	Administrative Einheit:	
2. Verletzte Person	Name und Vorname: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Geburtsdatum:	Sozialversicherungsnr.:
	Strasse:	Zivilstand:	Wohnsitz:
	PLZ:	Nationalität:	Aufenthaltsbewilligung:
	Wohnort:	Tel. der/des Verletzten:	Kinder unter 18 J. oder in Ausbildung bis 25 J.
3. Anstellung	Datum der Anstellung:	Email:	Anzahl <input type="checkbox"/> keine
	Stellung: <input type="checkbox"/> höheres Kader <input type="checkbox"/> mittleres Kader	Übliche berufliche Tätigkeit:	<input type="checkbox"/> Membre de la famille, associé
	Arbeitsverhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Vertrag		<input type="checkbox"/> Assujetti à l'impôt à la source
	Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche	<input type="checkbox"/> Angestellte/-r / Mitarbeiter/-in	<input type="checkbox"/> Lernende/-r
	Betriebsübliche Vollarbeitszeit: Stunden je Woche	<input type="checkbox"/> befristeter Vertrag > Enddatum des Vertrags:	<input type="checkbox"/> Praktikant/-in
		<input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt > Kündigungsdatum:	
		Vertraglicher Beschäftigungsgrad: %	
		Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit	
4. Unfalldatum	Tag/Monat/Jahr:	Zeit (Stunden, Minuten):	
5. Unfallort	Wo (Ort und PLZ) ereignete sich der Unfall? (z.B. Atelier, Strasse):		<input type="checkbox"/> In der Schweiz <input type="checkbox"/> Im Ausland
6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung)	Tätigkeit zum Zeitpunkt des Unfalls, Unfallhergang, Personen, Gegenstände, Fahrzeuge, die am Unfall beteiligt waren:		
7. Abklärung	Wer hat die Abklärung durchgeführt?	Name der Zeugen?	Wurden sie befragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wurde ein Polizeirapport erstellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1.	
		2.	
8. Nicht-berufsunfall	Bis wann hat die/der Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?		
	bis:	Grund der Absenz:	
9. Verletzung	Betroffene Körperteile:	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbekannt	
	Angaben:	Zusätzliche	
	Art der Verletzung:		
10. Arbeitsunfähigkeit	Arbeitsunterbruch als Folge des Unfalls? <input type="checkbox"/> ja, seit dem	zu	% <input type="checkbox"/> nein
	Wurde die Arbeit wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> ja, seit dem	zu	% <input type="checkbox"/> nein
11. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:	
12. Lohn		CHF pro	Stunde
			Monat
			Jahr
	Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)		
	Teuerungszulage		
	Kinder-/Familienzulagen		
	Ferien-/Feiertagsentschädigung in	% oder	
	Gratifikation / 13. Monatslohn (und weitere) in	% oder	
	Andere Lohnzulagen. (z. B. Akkord, Provision, Sachleistungen, Schichtzulage)		
	Bezeichnung:		
13. Weitere Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> ja, Name/Adresse: <input type="checkbox"/> nein	Krankenkasse (inkl. Police-Nr.):	
14. Andere Sozialversicherungsleistungen	Hat die/der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei einer sozialen oder privaten Versicherung? <input type="checkbox"/> Wenn ja, wo? <input type="checkbox"/> Nein	Post- oder Bankkonto der verletzten Person (Rückerstattung von Behandlungsrechnungen):	

Geht an:		
Obenstehende Versicherung	Ort und Datum :	Stempel und Unterschrift :

Unfallmeldung UVG

Doppel für den Betrieb

Schadensnummer			
1. Arbeitgeber	Tel.:	Police-Nr.:	
	Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten:	Administrative Einheit:	
2. Verletzte Person	Name und Vorname: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Geburtsdatum:	Sozialversicherungsnr.:
	Strasse:	Zivilstand:	Wohnsitz:
	PLZ:	Nationalität:	Aufenthaltsbewilligung:
	Wohnort:	Tel. der/des Verletzten:	Kinder unter 18 J. oder in Ausbildung bis 25 J.
3. Anstellung	Datum der Anstellung:	Email:	Anzahl <input type="checkbox"/> keine
	Stellung: <input type="checkbox"/> höheres Kader <input type="checkbox"/> mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/-r / Mitarbeiter/-in <input type="checkbox"/> Lernende/-r <input type="checkbox"/> Praktikant/-in	Übliche berufliche Tätigkeit:	<input type="checkbox"/> Membre de la famille, associé <input type="checkbox"/> Assujetti à l'impôt à la source
	Arbeitsverhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Vertrag <input type="checkbox"/> befristeter Vertrag > Enddatum des Vertrags: <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt > Kündigungsdatum:		
	Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche	Vertraglicher Beschäftigungsgrad:	%
	Betriebsübliche Vollarbeitszeit: Stunden je Woche	Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit!	
4. Unfalldatum	Tag/Monat/Jahr:	Zeit (Stunden, Minuten):	
5. Unfallort	Wo (Ort und PLZ) ereignete sich der Unfall? (z.B. Atelier, Strasse):	<input type="checkbox"/> In der Schweiz <input type="checkbox"/> Im Ausland	
6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung)	Tätigkeit zum Zeitpunkt des Unfalls, Unfallhergang, Personen, Gegenstände, Fahrzeuge, die am Unfall beteiligt waren:		
7. Abklärung	Wer hat die Abklärung durchgeführt?	Name der Zeugen? Wurden sie befragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Wurde ein Polizeirapport erstellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1. 2.	
8. Nicht-berufsunfall	Bis wann hat die/der Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? bis: Grund der Absenz:		
9. Verletzung	Betroffene Körperteile:	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbekannt Zusätzliche	
	Angaben: Art der Verletzung:		
10. Arbeitsunfähigkeit	Arbeitsunterbruch als Folge des Unfalls? <input type="checkbox"/> ja, seit dem	zu	<input type="checkbox"/> nein
	Wurde die Arbeit wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> ja, seit dem	zu	<input type="checkbox"/> nein
11. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:	
12. Lohn		CHF pro	Stunde
		Monat	Jahr
	Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)		
	Teuerungszulage		
	Kinder-/Familienzulagen		
	Ferien-/Feiertagsentschädigung in	% oder	
	Gratifikation / 13. Monatslohn (und weitere) in	% oder	
	Andere Lohnzulagen. (z. B. Akkord, Provision, Sachleistungen, Schichtzulage)		
	Bezeichnung:		
13. Weitere Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> ja, Name/Adresse: <input type="checkbox"/> nein	Krankenkasse (inkl. Police-Nr.):	
14. Andere Sozialversicherungsleistungen	Hat die/der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei einer sozialen oder privaten Versicherung? <input type="checkbox"/> Wenn ja, wo? <input type="checkbox"/> Nein	Post- oder Bankkonto der verletzten Person (Rückerstattung von Behandlungsrechnungen):	

Unfallschein UVG

Schadensnummer			
1. Arbeitgeber		Tel.:	Police-Nr.:
		Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten:	Administrative Einheit:
2. Verletzte Person	Name und Vorname: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Geburtsdatum:	Sozialversicherungsnr.:
	Strasse:		
	PLZ:		
	Wohnor.:		
3. Unfalldatum	Tag/Monat/Jahr:	Zeit (Stunden, Minuten):	

Hinweis für die verletzte Person

Wir bitten Sie, die Schadensnummer, die auf jeder Zuschrift der Versicherung erwähnt ist, auf Unfall- und Apothekerschein zu übertragen sowie bei Anfragen immer anzugeben.

Dieser Unfallschein bleibt während der Dauer der Genesung in Ihren Händen; er ist dem Arzt bei jedem Besuch vorzulegen und nach Abschluss der Behandlung dem Arbeitgeber abzugeben. Dieser Schein gilt nicht als Anerkennung einer Leistungspflicht.

Ein allfälliger Arztwechsel ist der Versicherung unverzüglich zu melden.

Als obligatorische Unfallversicherung übernehmen wir die Kosten der allgemeinen Abteilung einer Spitalbehandlung. Für die Dauer des Spitalaufenthalts kann vom Taggeld ein Betrag an die Unterhaltskosten abgezogen werden. Vorbehalten bleibt das Bestehen einer Zusatzversicherung.

Eine Arbeitsunfähigkeit wird durch den Arzt auf dem Unfall-schein eingetragen. Teilarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten, es sei denn, der Arzt ordnet aus medizinischen Gründen etwas anderes an (siehe Kasten unten links).*

Anspruch auf Taggeld besteht ab dem 3. Kalendertag nach dem Unfall. Das Taggeld beträgt 80% des versicherten Verdienstes. Über die Auszahlung orientiert die Mitteilung, die jeder/jedem Versicherten bei Anerkennung der Leistungspflicht zugestellt wird

Die notwendigen Reise- und Transportkosten (z. B. zum nächsten Arzt/Spital) werden Ihnen rückerstattet. Wählen Sie bitte ein den Verhältnissen angemessenes, preisgünstiges Transportmittel (z. B. öffentliches Verkehrsmittel); gegebenenfalls Abonnement lösen. Bitte auf der Spesenabrechnung Ihr Post- oder Bankkonto angeben. Lassen Sie sich aus persönlichen Gründen auswärts behandeln, so entschädigt die Versicherung die entsprechenden Mehrkosten nicht

Eintragungen des Arztes

Datum und Zeit des nächsten Besuches	Datum und Zeit des erfolgten Besuches	Arbeits-unfähigkeit il		Unterschrift des Arztes
		Grad	Gültig ab	
* evtl. Bemerkungen zur Teilarbeitsfähigkeit				
1)	% ,d. h.	Std./Tag zu	%	
2)	% ,d. h.	Std./Tag zu	%	
3)	% ,d. h.	Std./Tag zu	%	

Datum und Zeit des nächsten Besuches	Datum und Zeit des erfolgten Besuches	Arbeits-unfähigkeit		Unterschrift des Arztes
		Grad	Gültig ab	
Die ärztliche Behandlung endete am:		Medikamente bezogen bei: (Name und Adresse der Apotheke)		

Geht an: Versicherte Person -> Arzt -> Arbeitgeber -> obenstehende Versicherung

Datum :

Stempel des Arztes :

