

Unfallmeldung UVG



Bitte oberhalb nicht ausfüllen!

Gesellschaft:

Schaden-Nr.:

1. Arbeitgeber

Name:
Strasse:
PLZ/Ort:
Telefon:
Bank/Filiale:

Police-Nr.:
Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig):

IBAN-Nr.:

2. Verletzter/ Versicherter

weiblich
männlich

Name:
Vorname:
Strasse:
PLZ/Ort:
Telefon:
IBAN-Nr.:
Bank/Filiale:

Geburtsdatum:
AHV-Nr. (13-stellig):
Heimatort:
Zivilstand:
Nationalität:
Sprache:
IBAN-Nr.:

3. Anstellung

Datum der Anstellung:
Übliche berufliche Tätigkeit:
Erlerner Beruf:

freiwillig Versicherter gelernt angelernt
selbständig ungelernt Lehrling

4. Unfalldatum

Tag: Monat: Jahr: Zeit (Std./Min.):

5. Unfallort

Wo ereignete sich der Unfall? (Ort/Stelle)

6. Unfallbeschreibung

Tätigkeit zur Zeit des Unfall/Unfallhergang/beteiligte Personen/Maschinen/Geräte/Fahrzeuge/Stoffe:

7. Abklärung/ Polizeirapport

Wer hat die Abklärung durchgeführt? Polizeirapport? Namen der Zeugen?

Untersuchung erwünscht? Ja Nein
Wurden sie befragt? Ja Nein

8. Nichtberufsunfall

Mehrere Arbeitgeber? Bei welchem zuletzt gearbeitet vor dem Unfall?
Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim betreffenden Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?

9. Verletzung

Betroffene Körperteile (links/rechts): Art der Schädigung:

10. Arbeitsunfähigkeit

Arbeit zufolge Unfalls ausgesetzt? Wenn ja, ab wann? (Datum und Zeit)
Ja Nein
Wurde die Arbeit schon wieder aufgenommen? Ja Nein
Seit wann: ganz teilweise
Sind Ferien geplant? Nein Ja – von/bis

Unfallschein UVG

Messenriet 18a
 8501 Frauenfeld
 Telefon 052 724 04 04
 Telefax 052 724 04 05
 www.arbenz-riskservice.ch

Gesellschaft:

Schaden-Nr.:

Arbeitgeber	Name:	Police-Nr.:
	Strasse:	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig):
	PLZ/Ort:	
	Telefon:	

Verletzter/ Versicherter	Name:	PLZ/Ort:
	Vorname:	Geburtsdatum:
	Strasse:	AHV-Nr. (13-stellig):

Unfalldatum	Tag:	Monat:	Jahr:	Zeit (Std./Min.):
--------------------	------	--------	-------	-------------------

Hinweise für den Verletzten

Wir bitten Sie, die Schadennummer – 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.

Arztwechsel

Bei einem allfälligen Arztwechsel wollen Sie sich unverzüglich mit der Versicherung in Verbindung setzen.

Spitalbehandlung

Die Unfallversicherung gemäss UVG übernimmt die Kosten der allgemeinen Abteilung. Für die Dauer des Spitalaufenthaltes kann vom Taggeld ein Beitrag an die Unterhaltskosten

abgezogen werden. Diese Einschränkungen gelten nicht im Rahmen einer allfällig bei uns bestehenden UVG Zusatzversicherung.

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

Anspruch auf Taggeld aus der Unfallversicherung gemäss UVG besteht ab dem 3. Kalendertag nach dem Unfall. Das Taggeld beträgt 80 % des versicherten Verdienstes. Über die Auszahlung orientiert die Mitteilung, die jedem Versicherten bei der Übernahme des Unfalls zugestellt wird.

Die notwendigen Reise- und Transportkosten werden Ihnen zurückerstattet. Wählen Sie bitte ein den Verhältnissen angemessenes, preisgünstiges Transportmittel (z. B. öffentliches Verkehrsmittel).

Eintragungen des Arztes/der Ärztin

Datum		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes/der Ärztin
und Zeit des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	Grad	Gültig ab	

Datum		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes/der Ärztin
und Zeit des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	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	%

Die ärztliche Behandlung endete am:

 Stempel des Arztes/der Ärztin

Gesellschaft:

Schaden-Nr.:

Arbeitgeber
 Name:
 Kontaktperson:
 Strasse:
 PLZ/Ort:
 Telefon:

 Police-Nr.:
 Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig):
**Verletzter/
Versicherter**
 Name:
 Vorname:
 Strasse:

 PLZ/Ort:
 Geburtsdatum:
 AHV-Nr. (13-stellig):
Unfalldatum

Tag: Monat: Jahr: Zeit (Std./Min.):

Hinweise für den Verletzten

Die vom Arzt verordneten Medikamente werden Ihnen vom Apotheker gegen Abgabe dieses Scheines kostenlos abgegeben. Alle Medikamente sind aus der gleichen Apotheke zu beziehen.

Hinweise für den Apotheker

Bitte senden Sie diese Rechnung nach Abschluss der Behandlung, spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum, an die zuständige Direktion. Einen neuen Apothekerschein können Sie bei uns verlangen, wenn:

- der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht
- nach Ablauf von 3 Monaten weitere Medikamente benötigt werden

Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe Art und Menge

Preis
CHF Rp.

Datum:

.....

Stempel der Apotheke:

.....

Bitte Rezepte beilegen

Total