Unfallmeldung UVG

17.03.2016 SA_UNor

Arbenz+Partner AG
RISK SERVICE
Messenriet 18a
8501 Frauenfeld
Telefon 052 724 04 04
Telefax 052 724 04 05
www.arbenz-riskservice.ch

Bitte oberhalb nicht ausfüllen !

		Gesellschaft	Schaden-Nr.
1. Arbeitgeber	Name / Adresse mit Postleitzahl	Tel.	Police-Nr.
		Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verletzter / Versicherter	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nr. (13-stellig)
	Strasse	Tel.	Heimatort
	PLZ / Wohnort	Zivilstand / Nationalität	Kinder bis 18.J oder in Ausbildung bis 25 J ☐ Anzahl ☐ keine
3. Anstellung	Datum der Anstellung / Übliche berufliche Tätigkeit		☑ gelernt ☐ angelernt ☐ ungelernt ☐ Lehrling
4. Unfalldatum	Tag / Monat / Jahr / Zeit (Std., Min.)		ADB Nr.Verletzter
5. Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall? (Ort/Stelle)		
6. Unfallbeschreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe		
7. Abklärung	Wer hat die Abklärung durchgeführt?	Namen der Zeugen?	Wurden sie befragt?
ADB Nr.	Untersuchung erwünscht? ☑ ja ☐ nein		☑ ja ☐ nein
8. Nichtberufsunfall	Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?		
9. Verletzung	Betroffener Körperteil (links/rechts)	Art der Schädigung	
10. Arbeitsunfähigkeit	Arbeit zufolge Unfalls ausgesetzt? ☑ ja ☐ nein	Wenn ja, ab wann? (Datum und Zeit)	
11. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt/Spital / ADB Nr.	Nachbehandelnder Arzt/Spital	ADB Nr.
12. Arbeitszeit des Verletzten	Tage je Woche / Stunden je Woche / Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden	Arbeitseinsatz: ☐ unregelmässig ☐ Kurzarbeit	

13. Lohn	CHF pro	Std.	Tag	Monat	Jahr
Barlohn	Grundlohn (brutto)				
	Teuerungszulage				
	Akkord/Provision				
	Kinder-/Familienzulagen				
	Ferien-/ Feiertagsentschädigung % oder				
	Andere Lohnzulagen (Art)				
	Gratifikation/13.Monatslohn % oder				
Naturallohn	Art				

Sonderfälle ☐ Familienmitglied ☐ Gesellschafter ☐ freiwillig Versicherter ☐ Saisonnier ☐ Quellsteuerpflichtig

Weiterer Arbeitgeber _____ Tarif _____

14. Andere Sozialversicherungsleistungen

Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenversicherung, obligatorischer Unfallversicherung, AHV/IV, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?

Wenn ja, wo? _____

Name der obligatorischen Krankenversicherung _____

Ort und Datum	Unterschrift des Versicherten/Verletzten	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Geht an: A+P --> Gesellschaft

Unfallschein UVG

		Gesellschaft	Schaden-Nr.
Arbeitgeber	Name / Adresse mit Postleitzahl	Tel.	Police-Nr.
		Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
Verletzter / Versicherter	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nr. (11-stellig)
	Strasse		
	PLZ / Wohnort		

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

Datum und Zeit des nächsten Besuches	Datum des erfolgten Besuches	Arbeitsunfähigkeit Grad	Arbeitsunfähigkeit Gültig ab	Unterschrift des Arztes
* 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 des erfolgten Besuches	Arbeitsunfähigkeit Grad	Arbeitsunfähigkeit Gültig ab	Unterschrift des Arztes
Die ärztliche Behandlung endete am				

Stempel des Arztes

Geht an: Verletzten --> Arbeitgeber --> A+P --> Gesellschaft

Apothekerschein zu Unfall-Meldung UVG

		Gesellschaft	Schaden-Nr.
Arbeitgeber	Name / Adresse mit Postleitzahl	Tel.	Police-Nr.
		Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
Verletzter / Versicherter	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nr. (11-stellig)
	Strasse		
	PLZ / Wohnort		

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 Fr.	Rp.
	Total		

Datum

Stempel der Apotheke

Bitte Rezepte beilegen

ADB Nr.

Geht an: Verletzten --> Apotheke --> A+P --> Gesellschaft