

Unfallmeldung UVG

| | | | | |
|---|---|------------------------------|---|---|
| | | Direktion | Schaden-Nr. | |
| 1. Arbeitgeber | Name und Adresse mit Postleitzahl | | Tel. | Police-Nr. |
| | Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig) | | | |
| 2. Verletzter / Versicherter | Name und Vorname | | Geburtsdatum | AHV-Nr. (11-stellig) |
| | Strasse | | Tel. | Heimatort |
| | PLZ | Wohnort | Zivilstand | Nationalität <small>Kinder bis 18.J oder in Ausbildung bis 25 J</small> |
| | Bei Zusatzversicherten Kategorie-Nr. | | | <input type="checkbox"/> Anzahl <input type="checkbox"/> keine |
| 3. Anstellung | Datum der Anstellung | Übliche berufliche Tätigkeit | | <input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> ungelernt <input type="checkbox"/> Lehrling |
| 4. Unfalldatum | Tag | Monat | Jahr | Zeit (Std., Min.) |
| 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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Nichtbetriebsunfall | 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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit |
| 13. Lohn | | | CHF pro | Std. |
| Barlohn | Grundlohn (brutto) | | | Tag |
| | Teuerungszulage | | | Monat |
| | Akkord/Provision | | | Jahr |
| | Kinder-/Familienzulagen | | | |
| | Ferien-/ Feiertagsentschädigung % oder | | | |
| | Andere Lohnzulagen (Art) | | | |
| | Gratifikation/13.Monatslohn % oder | | | |
| Naturallohn | Art | | | |
| Sonderfälle | <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter <input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/> 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: Winterthur Versicherungen

Information für Medizinalpersonen UVG (an diese zu übergeben)

| | | |
|-----------------|-----------|------------|
| Referenz | Direktion | Police-Nr. |
|-----------------|-----------|------------|

Schaden-Nr. (wenn bekannt)

| | | |
|----------------------------------|----------|---------|
| Versicherungs- nehmer | Tel.-Nr. | Filiale |
|----------------------------------|----------|---------|

| | | |
|-------------------------------------|----------|--------------|
| Versicherter/ Verletzter | Tel.-Nr. | Geburtsdatum |
|-------------------------------------|----------|--------------|

| | |
|------------|------------|
| Zivilstand | AHV-Nummer |
|------------|------------|

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Angaben zum Unfall | Unfalldatum |
|-------------------------------|-------------|

| | |
|--|-------------------------------|
| Information für Medizinal- personen | Sehr geehrte Damen und Herren |
|--|-------------------------------|

Der/die Versicherte hat uns einen Unfall zur oben aufgeführten Policen-Nummer gemeldet. Wir bitten Sie, diese Referenz bei jeder Korrespondenz (Berichte, Anfragen, Rechnungen) aufzuführen. Diese Nummer erlaubt uns, Ihre Zustellungen unverzüglich an die richtige Direktion zu leiten. Sie helfen uns damit, den administrativen Aufwand minimal zu halten und unnötige Verzögerungen zu vermeiden. Sie können natürlich auch diesen Referenzierungsschein ihrem Dokument anheften.

Ein ärztliches Anfangsattest sowie weitere ärztliche Berichte werden wir bei Bedarf anfordern. Wir wollen damit auch Ihre administrativen Aufwendungen auf das Notwendige beschränken. Wir bitten Sie, eine allfällige Arbeitsunfähigkeit - wie bisher - auf dem Unfallschein zu attestieren.

Freundliche Grüsse

Winterthur Versicherungen

Apothekerschein

| | | | |
|--------------------|--|-------------------|----------------------|
| | | Direktion | Schaden-Nr. |
| Arbeitgeber | Name und Adresse mit Postleitzahl | Tel. | Police-Nr. |
| | Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig) | | |
| Verletzter | Name und Vorname | Geburtsdatum | AHV-Nr. (11-stellig) |
| | Strasse | | |
| | PLZ | Wohnort | |
| Unfalldatum | Tag | Monat | Jahr |
| | | Zeit (Std., Min.) | |

Hinweise für den Verletzten

Hat die Versicherung die Übernahme der Heilkosten zugesichert, werden Ihnen die vom Arzt verordneten Medikamente vom Apotheker ohne Bezahlung abgegeben. Alle Medikamente wollen Sie vom gleichen Apotheker beziehen, dem dieser Schein abzugeben ist. Wir bitten Sie, die auf allen Zuschriften aufgeführte Schaden-Nummer oben einzutragen bzw. durch den Apotheker eintragen zu lassen.

Hinweise für den Apotheker

Eine Übernahme der Behandlungskosten wird dem Verletzten durch die Versicherung bekanntgegeben. Verlangen Sie bitte diese Bestätigung - die auch Ihnen gegenüber als Zahlungsgarantie dient - zur Einsicht und übertragen Sie die darauf vermerkte Schaden-Nummer auf den Apothekerschein.

Rechnung der Apotheke

| Datum der Abgabe | Art und Menge | Preis | |
|------------------------|---------------|-------|-----|
| | | CHF | Rp. |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Bitte Rezepte beilegen | | Total | |

Senden Sie diese Rechnung bitte nach Abschluss der Behandlung - spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum - an die zuständige Direktion.

Einen neuen Apothekerschein können Sie unter Angabe der Schaden-Nummer bei der **Versicherung** verlangen, wenn

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

Datum _____

Stempel der Apotheke _____

ADB Nr.

Unfallschein UVG

| | | | |
|--------------------|--|-----------|----------------------|
| | | Direktion | Schaden-Nr. |
| Arbeitgeber | Name und Adresse mit Postleitzahl | | Tel. |
| | | | Police-Nr. |
| | Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig) | | |
| Verletzter | Name und Vorname | | Geburtsdatum |
| | Strasse | | AHV-Nr. (11-stellig) |
| | 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 zurück-erstattet. 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 | | 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 des erfolgten Besuches | Arbeitsunfähigkeit | | Unterschrift des Arztes |
|--|------------------------------------|--------------------|-----------|----------------------------|
| | | Grad | Gültig ab | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Die ärztliche Behandlung endete am | | | | |

Stempel des Arztes