



RUE DE LA GARE 18, CASE POSTALE 1251, 1820 MONTREUX 1, TEL. 021 962 49 49, WWW.HOTELA.CH

## Schadenmeldung UVG

- Unfall  
 Zahnschaden  
 Berufskrankheit  
 Rückfall

Schaden-Nummer

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____	Tel.-Nr.	Kunden-Nr.	
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)		
<b>2. Verletzte/r</b>	Name und Vorname _____ Strasse _____ PLZ      Wohnort	Geburtsdatum	AHV-Nummer	
		Tel.-Nr. (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit	
		Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre _____ Anzahl <input type="checkbox"/> Keine	
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf		
Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/in				
Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt				
Arbeitszeit des/der Verletzten: (Stunden je Woche) _____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ Prozent				
Betriebsübliche Vollarbeitszeit: (Stunden je Woche) _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit				
<b>4. Schaden-datum</b>	Tag      Monat      Jahr      Zeit (Stunden, Minuten)			
<b>5. Unfallort</b>	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Arbeitsplatz, Strasse)			
<b>6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung, Verdacht auf Berufs-krankheit)</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
Beteiligte Person(en): Besteht ein Polizeirapport? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt				
<b>7. Berufsunfall</b>	Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
<b>8. Nicht-berufsunfall</b>	Bis wann hat der/die Verletzte <b>vor dem Unfall letztmals</b> im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? bis: _____ Grund der Absenz: _____			
<b>9. Verletzung</b>	Betroffener Körperteil: _____ <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt Art der Schädigung: _____			
<b>10. Arbeits-unfähigkeit</b>	Arbeit infolge Unfalles ausgesetzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein    Wenn ja, ab wann? Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit länger als 1 Monat <input type="checkbox"/>		Falls Arbeit wieder aufgenommen: Ab wann? <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise	
<b>11. Arzt-adressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	
<b>12. Lohn</b>	<b>CHF pro</b>	<b>Stunde</b>	<b>Monat</b>	<b>Jahr</b>
Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto) .....				
Kinder-/Familienzulagen .....				
Ferien-/Feiertagsentschädigung ..... in % oder				
Gratifikation/13. Monatslohn (und weitere) ..... in % oder				
Andere Lohnzulagen (z. B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage) .....				
Bezeichnung: _____				
<b>13. Sonderfälle</b>	<input type="checkbox"/> Freiwillige Unternehmensversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied, Gesellschafter <input type="checkbox"/> weitere(r) Arbeitgeber: _____			
<b>14. Andere Sozialversicherungsleistungen</b>	Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenversicherung, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Berufliche Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse? Wenn ja, wo? _____			

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Geht an:      HOTELA



RUE DE LA GARE 18, CASE POSTALE 1251, 1820 MONTREUX 1, TEL. 021 962 49 49, WWW.HOTELA.CH

<b>Schadenmeldung UVG</b>		<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Zahnschaden	Schaden-Nummer	
<b>Doppel für den Betrieb</b>		<input type="checkbox"/> Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Rückfall		
<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Kunden-Nr.		
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)			
<b>2. Verletzte/r</b>	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer		
	Strasse	Tel.-Nr. (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit		
	PLZ Wohnort	Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre Anzahl <input type="checkbox"/> Keine		
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf			
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/in				
	Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt				
	Arbeitszeit des/der Verletzten: (Stunden je Woche) _____		Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ Prozent		
	Betriebsübliche Vollarbeitszeit: (Stunden je Woche) _____		Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit		
<b>4. Schaden-datum</b>	Tag Monat Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)			
<b>5. Unfallort</b>	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Arbeitsplatz, Strasse)				
<b>6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung, Verdacht auf Berufs-krankheit)</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge				
	Beteiligte Person(en): Besteht ein Polizeirapport? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt				
<b>7. Berufsunfall</b>	Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)				
<b>8. Nicht-berufsunfall</b>	Bis wann hat der/die Verletzte <b>vor dem Unfall letztmals</b> im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? bis: _____ Grund der Absenz: _____				
<b>9. Verletzung</b>	Betroffener Körperteil: _____		<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt		
	Art der Schädigung: _____				
<b>10. Arbeits-unfähigkeit</b>	Arbeit infolge Unfalles ausgesetzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, ab wann?				
	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit länger als 1 Monat <input type="checkbox"/>		Falls Arbeit wieder aufgenommen: Ab wann? <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise		
<b>11. Arzt-adressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		
<b>12. Lohn</b>	CHF pro	Stunde	Monat	Jahr	
	Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto) .....				
	Kinder-/Familienzulagen .....				
	Ferien-/Feiertagsentschädigung ..... in % oder				
	Gratifikation/13. Monatslohn (und weitere) ..... in % oder				
	Andere Lohnzulagen (z. B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage) .....				
	Bezeichnung: _____				
<b>13. Sonderfälle</b>	<input type="checkbox"/> Freiwillige Unternehmensversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied, Gesellschafter <input type="checkbox"/> weitere(r) Arbeitgeber:				
<b>14. Andere Sozialversicherungsleistungen</b>	Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenversicherung, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Berufliche Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse? Wenn ja, wo?				

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift



RUE DE LA GARE 18, CASE POSTALE 1251, 1820 MONTREUX 1, TEL. 021 962 49 49, WWW.HOTELA.CH

## Apothekerschein UVG

Bitte Schaden-Nummer  
hier vermerken →

Schaden-Nummer

<b>Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Kunden-Nr.
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)		
<b>Verletzte/r</b>	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse	Tel.-Nr. (sofern bekannt)	
	PLZ      Wohnort		
<b>Schaden- datum</b>	Tag    Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)

### Hinweise für die/den Verletzte/n

Hat die Versicherung die Übernahme der Heilkosten zugesichert, so 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/der 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 diesen Apothekerschein.

### Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis	
		CHF	Rp.
<b>Bitte Rezepte beilegen</b>		<b>Total</b>	

Senden Sie diese Rechnung bitte nach Abschluss der Behandlung – spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum – an die oben aufgeführte Adresse.

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: \_\_\_\_\_

Postkonto-Nr. oder Konkordats-Nr.

