



Schadenmeldung UVG

- Unfall, Zahnschaden, Berufskrankheit, Rückfall

Schaden-Nummer

Main form with sections 1-14: 1. Arbeitgeber, 2. Verletzte/r, 3. Anstellung, 4. Schaden-datum, 5. Unfallort, 6. Sachverhalt, 7. Berufsunfall, 8. Nicht-berufsunfall, 9. Verletzung, 10. Arbeits-unfähigkeit, 11. Adresses medecins, 12. Lohn, 13. Sonderfälle, 14. Andere Sozialver-sicherungs-leistungen

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Gehtan: HOTELA

**Schadenmeldung UVG  
Doppel für den Betrieb**

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/er</b>	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer	
	Strasse		Tel.-Nr.	Staatsangehörigkeit	
	PLZ	Wohnort	Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre <input type="checkbox"/> 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"/> Prätikan/in				
	Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt				
	Horaire de travail du blessé: _____ heures par semaine		Taux d'occupation contractuel: _____ %		
Horaire de travail dans l'entreprise: _____ heures par semaine		Occupation: <input type="checkbox"/> irrégulière <input type="checkbox"/> chômage partiel			
<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</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge (Unfallbeschreibung, Verdacht auf Berufskrankheit)				
	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 vor dem Unfall letztmals 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. Salaire</b>	CHF par	heure	mois	année	
					Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)
					Kinder-/Familienzulagen
					Ferien-/Feiertagsentschädigung _____ en % ou
					Gratifikation/13. Monatslohn (und weitere) _____ en % ou
Andere Lohnzulagen (z. B. 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

### 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.		
	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.

### Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis	
		CHF	Rp.

### 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.

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: \_\_\_\_\_

Bitte Rezepte beilegen Total

Postkonto-Nr. oder Konkordats-Nr.
-----------------------------------

**Unfallschein UVG**

Bitte Schaden-Nummer hier vermerken →

Schaden-Nummer
----------------

<b>Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____	Tel.-Nr.	Kunden-Nr.
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
<b>Verletzte/r</b>	Name und Vorname _____ Strasse _____ PLZ      Wohnort _____	Geburtsdatumj	AHV-Nummer
		Tel.-Nr.	Staatsangehörigkeit
		Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre ___ Anzahl <input type="checkbox"/> Keine
<b>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:    _____ %
	Betriebsübliche Vollarbeitszeit:    _____ Stunden je Woche		Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit
<b>Schaden-datum</b>	Tag      Monat      Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)	

**Hinweise für die/den Verletzte/n**

Wir bitten Sie, die Schaden-Nummer – 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.

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

Als obligatorische Unfallversicherung übernehmen wir die Kosten der allgemeinen Abteilung einer Spitalbehandlung. Für die Dauer des Spitalaufenthaltes kann vom Taggeld ein Betrag an die Unterhaltskosten abgezogen werden.

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 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 zurückerstattet. Wählen Sie bitte ein den Verhältnissen angemessenes, preisgünstiges Transportmittel (z. B. öffentliches Verkehrsmittel); gegebenenfalls Abonnement lösen. Bitte auf Spesenabrechnung Ihr Post- oder Bankkonto angeben. Lassen Sie sich aus persönlichen Gründen auswärts behandeln, so kann die Versicherung die entsprechenden Mehrkosten nicht entschädigen.

**Eintragungen des Arztes**

Datum und zeit des nächsten Besuches	Datum des erfolgten Besuches	Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
		Grad	Gültig ab	
<b>* evtl. Bemerkungen zur Teilarbeitsfähigkeit</b>				
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		Medikamente bezogen bei: (Name und Adresse der Apotheke):		

**Stempel des Arztes**