

Unfallmeldung UVG

		<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Rückfall		Schaden-Nummer	
1. Arbeitgeber		Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	
				Police-Nummer	
				E-Mail	
2. Verletzte/r		Name und Vorname		Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)	
		Strasse		Geburtsdatum	
		Postleitzahl und Wohnort		AHV-Nr.	
		Telefon / Mobile / E-Mail		Staatsangehörigkeit	
		Postcheck- oder Bankkonto		Zivilstand	
				Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre Anzahl: _____ <input type="checkbox"/> keine	
3. Anstellung		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"/> Praktikant/in <input type="checkbox"/> Lehrling		Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt per _____	
		Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit		Betriebsübliche Arbeitszeit (Stunden je Woche): _____	
4. Unfall-datum		Tag Monat Jahr Zeit (Std., Min.)			
5. Unfallort		Wo ereignete sich der Unfall (Ort / Stelle)?			
6. Unfallbeschreibung		Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe			
7. Abklärung		Wer hat die Abklärung durchgeführt?		Name der Zeugen	
		Untersuchung erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Wurden sie befragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
8. Nicht-berufsunfall		Wann hat die/der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?			
9. Verletzung		Betroffener Körperteil:		<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	
		Art der Schädigung:		<input type="checkbox"/> unbestimmt	
10. Arbeitsunfähigkeit		Arbeit zufolge des Unfalls ausgesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, ab wann? _____			
		Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> länger als 1 Monat		Falls Arbeit wieder aufgenommen: Ab wann? _____ <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise	
11. Arzt-Adressen		Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	
12. Lohn		CHF pro		Stunde Monat Jahr	
		Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)		_____	
		Kinder- / Familienzulagen		_____	
		Ferien- / Feiertagsentschädigung		_____	
		Gratifikation / 13. Monatslohn (und weitere)		_____	
		Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord / Provision / Naturallohn)		_____	
		Quellensteuerpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
13. Sonderfälle		<input type="checkbox"/> Freiwillige Unternehmensversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Gesellschafter			
		Weitere Arbeitgeber:			
14. Andere Sozialversicherungsleistungen		Hat die/der Verletzte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse, Berufliche Vorsorgeeinrichtung? Wenn ja, wo?			

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Geht an:

Allianz Suisse Versicherungen

Unfallmeldung UVG

 Doppel für den
 Arbeitgeber

		<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Rückfall		Schaden-Nummer	
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.		Police-Nummer
			E-Mail		
2. Verletzte/r	Name und Vorname		Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)		
	Strasse		Geburtsdatum		AHV-Nr.
	Postleitzahl und Wohnort		Staatsangehörigkeit		Zivilstand
	Telefon / Mobile / E-Mail		Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre Anzahl: _____ <input type="checkbox"/> keine		
	Postcheck- oder Bankkonto		Name und Adresse der Krankenkasse _____		
3. Anstellung	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"/> Praktikant/in <input type="checkbox"/> Lehrling		Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt per _____		
	Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit		Betriebsübliche Arbeitszeit (Stunden je Woche): _____		
4. Unfall-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)	
5. Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall (Ort / Stelle)?				
6. Unfallbe-schreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe				
7. Abklärung	Wer hat die Abklärung durchgeführt?		Name der Zeugen		Wurden sie befragt?
	Untersuchung erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Nicht-berufsunfall	Wann hat die/der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?				
9. Verletzung	Betroffener Körperteil:		<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts		
	Art der Schädigung:		<input type="checkbox"/> unbestimmt		
10. Arbeits-unfähigkeit	Arbeit zufolge des Unfalls ausgesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, ab wann? _____				
	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> länger als 1 Monat		Falls Arbeit wieder aufgenommen: Ab wann? _____ <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise		
11. Arzt-Adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		
12. Lohn	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)				
Quellensteuerpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
13. Sonderfälle	<input type="checkbox"/> Freiwillige Unternehmensversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Gesellschafter Weitere Arbeitgeber:				
14. Andere Sozial-versicherungs-leistungen	Hat die/der Verletzte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse, Berufliche Vorsorgeeinrichtung? Wenn ja, wo?				

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Arztzeugnis UVG

		<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Rückfall		Schaden-Nummer	
Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl			Tel.-Nr.	Police-Nummer
				E-Mail	
Verletzte/r	Name und Vorname			Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)	
	Strasse			Geburtsdatum	AHV-Nr.
	Postleitzahl und Wohnort			Staatsangehörigkeit	Zivilstand
	Telefon / Mobile / E-Mail			Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre Anzahl: _____ <input type="checkbox"/> keine	
	Postcheck- oder Bankkonto			Name und Adresse der Krankenkasse _____	
Anstellung	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"/> Praktikant/in <input type="checkbox"/> Lehrling			Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt per _____	
	Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit			Betriebsübliche Arbeitszeit (Stunden je Woche): _____	
Unfall-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)	
1. Erst-behandlung	Tag	Monat	Jahr	Zeit	<input type="checkbox"/> während <input type="checkbox"/> am Unfallort
2. Angaben des Patienten	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?				
3. Allgemein-zustand	a) Besondere Wahrnehmungen (Gemütsverfassung, Alkohol, Drogen usw.)				
	b) Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Körperanomalien (Invalidität)				
4. Befund	Röntgenbefund:				
5. Diagnose					
6. Kausalität	Liegen ausschliesslich Unfallfolgen vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein, bitte begründen:				
7. Therapie	a) Was haben Sie bisher veranlasst?				
	b) Schlagen Sie besondere Massnahmen vor?				
	c) Ist der Patient hospitalisiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wo?				
8. Arbeits-unfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja	zu	% ab	Voraussichtlich bis	
	<input type="checkbox"/> nein				
9. Arbeits-aufnahme	<input type="checkbox"/> ja	Teilweise zu	% ab	Voll ab	
	<input type="checkbox"/> nein				
10. Behand-lungs-abschluss	<input type="checkbox"/> ja am				
	<input type="checkbox"/> nein – voraussichtlich in Wochen				

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Geht an:

Erstbehandelnden Arzt → Allianz Suisse Versicherungen

Unfallschein UVG

		<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Rückfall	Schaden-Nummer
Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nummer
		E-Mail	
Verletzte/r	Name und Vorname	Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)	
Strasse		Geburtsdatum	AHV-Nr.
Postleitzahl und Wohnort		Staatsangehörigkeit	Zivilstand
Telefon / Mobile / E-Mail		Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre Anzahl: _____ <input type="checkbox"/> keine	
Postcheck- oder Bankkonto		Name und Adresse der Krankenkasse _____	
Anstellung	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"/> Praktikant/in <input type="checkbox"/> Lehrling		Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt per _____	
Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche _____		Betriebsübliche Arbeitszeit (Stunden je Woche): _____	
Arbeitsinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit			
Unfall-datum	Tag	Monat	Jahr
Zeit (Std., Min.)			

Hinweise für die verletzte Person

- 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.
- **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. Vorbehalten bleibt das Bestehen einer 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.
- **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 Übernahme des Unfalles 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 des erfolgten Besuches		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
	und Zeit des nächsten Besuches		Grad	Gültig ab	

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

Stempel des Arztes

Apothekerschein UVG

<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Rückfall	Schaden-Nummer
--	----------------

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nummer
		E-Mail	
Verletzte/r	Name und Vorname	Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)	
	Strasse	Geburtsdatum	AHV-Nr.
	Postleitzahl und Wohnort		
	Telefon / Mobile / E-Mail		
	Postcheck- oder Bankkonto	Name und Adresse der Krankenkasse	

Unfall- datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
------------------	-----	-------	------	-------------------

Hinweise für die verletzte Person

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

Hinweise für die Apotheke

Eine Übernahme der Behandlungskosten wird der/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.
Total			

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

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

Postcheck-Konto-Nr. oder Bank und Bankkonto-Nr.
Abrechnung über OFAC?

Bitte Rezepte beilegen Total