

Schadenmeldung UVG
Bitte mit Blockschrift ausfüllen

- Unfall Zahnschaden
 Berufskrankheit Rückfall

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Kunden-Nr.	Betriebsteil	
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)				
2. Verletzte/r	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		
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"/> Lehrling <input type="checkbox"/> PraktikantIn				
	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			
4. Schadendatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)	
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse)				
6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung, Verdacht auf Berufskrankheit)	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				
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)				
8. Nichtberufs-unfall	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit) ? bis: _____ Grund der Absenz: _____				
9. Verletzung	Betroffener Körperteil: _____ <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt				
	Art der Schädigung: _____				
10. Arbeits-unfähigkeit	Arbeit zufolge 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		
11. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		
12. Lohn	Quellensteuerpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	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/Schichtzulage)				
Bezeichnung: _____					
13. Sonderfälle	<input type="checkbox"/> Freiwillige Unternehmensversicherung		<input type="checkbox"/> Familienmitglied, Gesellschafter		
	<input type="checkbox"/> Weitere(r) Arbeitgeber: _____				
14. Andere Sozialversicherungsleistungen	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? _____				
Für Rückerstattungs-gesuche von bereits bezahlten Rechnungen bitten wir Sie, Belege beizulegen und nachfolgend die Zahladresse (Post-/Bankkonto) anzugeben. Falls nicht identisch, geben Sie uns bitte auch das Konto des Versicherten an.					

SV 926d / 4000 / 12. 2007

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Geht an:

SWICA

Schadenmeldung UVG Doppel für den Arbeitgeber

- Unfall Zahnschaden
 Berufskrankheit Rückfall

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl 	Tel.-Nr.	Kunden-Nr.	Betriebsteil
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)			
2. Verletzte/r	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 <input type="checkbox"/> 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"/> Lehrling <input type="checkbox"/> PraktikantIn			
	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			
4. Schadendatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse)			
6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung, Verdacht auf Berufskrankheit)	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			
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
8. Nichtberufs-unfall	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit) ? bis: _____ Grund der Absenz: _____			
9. Verletzung	Betroffener Körperteil: _____ <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt Art der Schädigung: _____			
10. Arbeits-unfähigkeit	Arbeit zufolge 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	
11. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	
12. Lohn	CHF pro	Stunde	Monat	Jahr
Quellensteuerpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)				
Kinder-/Familienzulagen				
Ferien-/Feiertagsentschädigung				
Gratifikation/13. Monatslohn (und weitere)				
Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage)				
Bezeichnung: _____				
13. Sonderfälle	<input type="checkbox"/> Freiwillige Unternehmensversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied, Gesellschafter <input type="checkbox"/> Weitere(r) Arbeitgeber: _____			
14. Andere Sozialversicherungsleistungen	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? _____			
Für Rückerstattungs-gesuche von bereits bezahlten Rechnungen bitten wir Sie, Belege beizulegen und nachfolgend die Zahladresse (Post-/Bankkonto) anzugeben. Falls nicht identisch, geben Sie uns bitte auch das Konto des Versicherten an.				

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Apothekerschein UVG
Bitte mit Blockschrift ausfüllen

Bitte Schaden-Nummer
 hier vermerken →

Schaden-Nummer

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

Hinweise für die/den Verletzte/n

Hat SWICA 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 SWICA 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.
Bitte Rezepte beilegen		Total	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>

Senden Sie diese Rechnung bitte nach Abschluss der Behandlung – spätestens aber 3 Monate nach Schadendatum – an SWICA.

Einen neuen Apothekerschein können Sie unter Angabe der Schaden-Nummer bei SWICA verlangen, wenn
 – der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht;
 – nach Ablauf von 3 Monaten weitere Medikamente benötigt werden.

Datum: _____

Stempel der Apotheke: _____

Unfallschein UVG

Bitte mit Blockschrift ausfüllen

Bitte Schaden-Nummer
 hier vermerken →

Schaden-Nummer

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Kunden-Nr.	Betriebsteil
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)			
Verletzte/r	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	
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"/> Lehrling <input type="checkbox"/> PraktikantIn			
	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			
Schadendatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)

Hinweise für die/den Verletzte/n

Wir bitten Sie, die **Schaden-Nummer** – die auf jeder Zuschrift von SWICA 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 SWICA in Verbindung setzen.

Spitalbehandlung. Als obligatorische Unfallversicherung übernehmen wir die Kosten der allgemeinen Abteilung. Für die Dauer des Spitalaufenthaltes kann vom Taggeld ein Beitrag 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 Spesenrechnung 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

und Zeit des nächsten Besuches	Datum		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
	des erfolgten Besuches	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	%		

und Zeit des nächsten Besuches	Datum		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
	des erfolgten Besuches	Grad	Gültig ab		
Die ärztliche Behandlung endigte am			Medikamente bezogen bei: (Name und Adresse der Apotheke)		

Stempel des Arztes

SWICA
Versicherungen
Römerstrasse 37, Postfach
8401 Winterthur