

# Unfallmeldung UVG

		Gesellschaft		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>	
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit		<input type="checkbox"/> Anzahl <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> ungelernt <input type="checkbox"/> Lehrling		
4. Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)	ADB Nr. Verletzter	
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? <span style="float:right">Wurden sie befragt?</span>		
ADB Nr.	Untersuchung erwünscht?					
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
8. Nichtberufsunfall	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?			Wenn ja, ab wann? (Datum und Zeit)		
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
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.	Tag	Monat	Jahr
Barlohn	Grundlohn (brutto)					
	Teuerungszulage					
	Akkord/Provision					
	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"/> Saisonier		<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		

# Unfallschein UVG

		Gesellschaft	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

Geht an: Verletzten --> Arbeitgeber --> VTL --> Gesellschaft

**Bitte Formular ausfüllen, ausdrucken und mit Originalunterschrift an Ihr VTL-Büro senden.**

**Apothekerschein zu  
Unfallmeldung UVG**

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

**Hinweise für den Verletzten**

Die vom Arzt verordneten Medikamente werden Ihnen vom Apotheker gegen Abgabe dieses Scheines kostenlos abgegeben.  
Alle Medikamente sind aus der gleichen Apotheke zu beziehen.

**Hinweise für den Apotheker**

Bitte senden Sie diese Rechnung nach Abschluss der Behandlung - spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum - an die zuständige Direktion.  
Einen neuen Apothekerschein können Sie bei uns verlangen, wenn  
- der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht  
- nach Ablauf von 3 Monaten weitere Medikamente benötigt werden

**Rechnung der Apotheke**

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis	
		Fr.	Rp.
Bitte Rezepte beilegen		Total	

Datum \_\_\_\_\_

Stempel der Apotheke \_\_\_\_\_

ADB Nr. \_\_\_\_\_

**Bitte Formular ausfüllen, ausdrucken und mit Originalunterschrift an Ihr VTL-Büro senden.**