

Unfallmeldung UVG

		Direktion	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>
	Bei Zusatzversicherten Kategorie-Nr.		<input type="checkbox"/> Anzahl <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelehrt <input type="checkbox"/> ungelernt <input type="checkbox"/> Lehrling	
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit		<input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelehrt <input type="checkbox"/> ungelernt <input type="checkbox"/> Lehrling
4. Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
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?	Wurden sie befragt?
ADB Nr.	Untersuchung erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Nichtbetriebsunfall	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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Wenn ja, ab wann? (Datum und Zeit)	
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.
Barlohn	Grundlohn (brutto)			Tag
	Teuerungszulage			Monat
	Akkord/Provision			Jahr
	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"/> Saisonnier <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	

Information für Medizinalpersonen UVG (an diese zu übergeben)

Referenz	Direktion	Police-Nr.	
		Schaden-Nr. (wenn bekannt)	
Versicherungs- nehmer		Tel.-Nr.	Filiale
Versicherter/ Verletzter		Tel.-Nr.	Geburtsdatum
	Zivilstand	AHV-Nummer	
Angaben zum Unfall	Unfalldatum		

Information für Medizinal- personen

Sehr geehrte Damen und Herren

Der/die Versicherte hat uns einen Unfall zur oben aufgeführten Policen-Nummer gemeldet. Wir bitten Sie, diese Referenz bei jeder Korrespondenz (Berichte, Anfragen, Rechnungen) aufzuführen. Diese Nummer erlaubt uns, Ihre Zustellungen unverzüglich an die richtige Direktion zu leiten. Sie helfen uns damit, den administrativen Aufwand minimal zu halten und unnötige Verzögerungen zu vermeiden. Sie können natürlich auch diesen Referenzierungsschein ihrem Dokument anheften.

Ein ärztliches Anfangsattest sowie weitere ärztliche Berichte werden wir bei Bedarf anfordern. Wir wollen damit auch Ihre administrativen Aufwendungen auf das Notwendige beschränken. Wir bitten Sie, eine allfällige Arbeitsunfähigkeit - wie bisher - auf dem Unfallschein zu attestieren.

Freundliche Grüsse

Winterthur Versicherungen

Apothekerschein

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

Hinweise für den Verletzten

Hat die Versicherung die Übernahme der Heilkosten zugesichert, 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 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.
Bitte Rezepte beilegen		Total	

Senden Sie diese Rechnung bitte nach Abschluss der Behandlung - spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum - an die zuständige Direktion.

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 _____

ADB Nr.

