



Schadenmeldung UVG

Unfall Zahnschaden Berufskrankheit Rückfall

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.
			E-Mail	
	UID Unternehmens-Identifikationsnr. CHE- ____ . ____ . ____		Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verletzte/-r	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		Tel.-Nr. (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit
	PLZ, Wohnort		Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre/in Ausbildung bis 25 Jahre <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	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 oder Arbeiter/-in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/-in			
	Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag bis ____ <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt per ____			
	Arbeitszeit der/des Verletzten (Stunden je Woche): ____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: ____ % Betriebsübliche Vollarbeitszeit (Stunden je Woche): ____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit			
4. Unfalldatum	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 Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
	Beteiligte Person(-en):		Zeugen:	
7. Berufsunfall	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. Nichtberufsunfall	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	
10. Arbeitsunfähigkeit	Art der Schädigung:			
	Arbeit als Folge des Unfalls ausgesetzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Wenn ja, ab wann?	
10. Arbeitsunfähigkeit	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> länger als ein Monat		Falls Arbeit wieder aufgenommen: Ab wann? <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise	
	11. Arztadressen		Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	
12. Lohn	CHF pro		Stunde	Monat
	Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)			Jahr
	Kinder-/Familienzulagen			
	Ferien-/Feiertagsentschädigungen in % oder			
	Gratifikationen/13. Monatslohn (und weitere) in % oder Andere Lohnzulagen (z. B. Provision/Naturallohn/Schichtzulage)			
Bezeichnung: _____				
13. Sonderfälle	<input type="checkbox"/> Freiw. Untermeherversicherung Familienmitglied? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, Verwandtschaftsgrad: _____			
	<input type="checkbox"/> Weitere(-r) Arbeitgeber: _____ <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Quellensteuerpflichtig			
14. Andere Sozialversicherungsleistungen	Hat die/der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung; Berufliche Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse? Wenn ja, wo?			

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Geht an: Agrisano Versicherungen AG



Schadenmeldung UVG
Doppel für den Arbeitgeber

Unfall Zahnschaden Berufskrankheit Rückfall

Schaden-Nummer
Police-Nr.

Form with 14 numbered sections: 1. Arbeitgeber, 2. Verletzte/-r, 3. Anstellung, 4. Unfalldatum, 5. Unfallort, 6. Sachverhalt, 7. Berufsunfall, 8. Nichtberufsunfall, 9. Verletzung, 10. Arbeitsunfähigkeit, 11. Arztadressen, 12. Lohn, 13. Sonderfälle, 14. Andere Sozialversicherungsleistungen

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Geht an: Arbeitgeber

Arztzeugnis UVG
 Unfall Zahnschaden Berufskrankheit Rückfall

Schaden-Nummer

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.
			E-Mail	
	UID Unternehmens-Identifikationsnr. CHE- ____ . ____ . ____		Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
Verletzte/-r	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		Tel.-Nr. (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit
	PLZ, Wohnort		Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre/in Ausbildung bis 25 Jahre <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	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 oder Arbeiter/-in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/-in			
	Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag bis ____ <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt per ____			
	Arbeitszeit der/des Verletzten (Stunden je Woche): ____		Vertraglicher Beschäftigungsgrad: ____ %	
Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
1. Erstbehandlung	Tag	Monat	Jahr	Zeit <input type="checkbox"/> während <input type="checkbox"/> ausserhalb der Sprechstunde <input type="checkbox"/> am Unfallort <input type="checkbox"/> in der Wohnung des Patienten
2. Angaben des Patienten	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?			
3. Allgemeinzustand	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. Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	zu	% ab	voraussichtlich
	<input type="checkbox"/> Nein			
9. Arbeitsaufnahme	<input type="checkbox"/> Ja	teilweise zu	% ab	voll ab
	<input type="checkbox"/> Nein			
10. Behandlungsabschluss	<input type="checkbox"/> Ja	am		
	<input type="checkbox"/> Nein	-	voraussichtlich in	Wochen

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Geht an: Erstbehandelnden Arzt → Agrisano Versicherungen AG



Apothekerschein UVG

Bitte Schadennummer hier vermerken →

Schaden-Nummer

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.
		E-Mail	
		UID Unternehmens-Identifikationsnr. CHE- ____ ' ____ ' ____	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)
Verletzte/-r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		
	PLZ, Wohnort		

Unfalldatum	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 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 bekannt gegeben. Verlangen Sie bitte diese Bestätigung – die auch Ihnen gegenüber als Zahlungsgarantie dient – zur Einsicht und übertragen Sie die darauf vermerkten Schaden-Nummer auf diesen 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 drei Monate nach Unfalldatum – an die unten aufgeführte Adresse.

Einen neuen Apothekerschein können Sie unter Angabe der Schadennummer bei der **Versicherung** verlangen, wenn

- der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht;
- nach Ablauf von drei Monaten weitere Medikamente benötigt werden.

Datum:

Stempel der Apotheke:

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

Geht an: Verletzte/-n → Apotheker/-in → Agrisano Versicherungen AG

