ARISCO
RISK CONSULTANTS

SCHADENANZEIGE 1/5
Unfall-Meldung UVG

1. VERSICHERUNGSNEHMER

Name		Gesellschaft	
Adresse		Policen-Nr.	
Telefon		Schaden-Nr.	
Ansprechpartner		PC oder Bankverbindung	
E-Mail		MwSt.-pflichtig	○ Ja ○ Nein

○ Unfall ○ Zahnschaden ○ Berufskrankheit ○ Rückfall

2. VERLETZTE PERSON

Name/Vorname		AHV-Nr.	
Adresse		Geschlecht	○ W ○ M
PLZ/Ort		Tel.-Nr./Mobile	
		E-Mail	
Geburtsdatum		Zivilstand	bitte wählen...
Heimatort/Nationalität		Muttersprache	
Aufenthaltsbewilligung	○ A ○ B ○ C ○ Andere		
Anzahl Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung			
Name der obligatorischen Krankenversicherung			

3. UNFALLDATUM UND FOLGEN

Unfalldatum _____ Zeit _____ Uhr Unfallort _____

Unfallhergang

Betroffener Körperteil ○ Links ○ Rechts ○ Unbestimmt

Arztadressen

Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik

Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik

Amtliche Tatbestandsaufnahme ○ Ja ○ Nein Durch welche Stelle?

Ist jemand für den Unfall haftbar? ○ Ja ○ Nein Gibt es Zeugen? ○ Ja ○ Nein

Name/Vorname		Name/Vorname	
Adresse		Adresse	
PLZ/Ort		PLZ/Ort	
Telefon		Telefon	

Besteht eine Haftpflichtversicherung? ○ Ja ○ Nein

Name der Versicherungsgesellschaft

Policen-Nr.

ARISCO
RISK CONSULTANTS

SCHADENANZEIGE 2/5
Unfall-Meldung UVG

4. TÄTIGKEIT IM BETRIEB

Arbeitsverhältnis seit ○ Unbefristet ○ Befristet ○ Gekündigt per

Ausgeübter Beruf Erlernter Beruf

Stellung ○ Höheres Kader ○ Mittleres Kader ○ Angestellte/r Arbeiter/in ○ Lernende/r

○ Aushilfe ○ Als

○ Arbeitsort im Ausland

Arbeitsstunden des/der Verletzten pro Woche Stunden pro Woche

○ Regelmässig ○ Unregelmässig ○ Kurzarbeit

Betriebsübliche Vollarbeitszeit Stunden pro Woche Vertraglicher Beschäftigungsgrad %

○ Regelmässig ○ Unregelmässig ○ Kurzarbeit

Üblicher Arbeitsplatz

Wann hat die verunfallte Person das letzte Mal im Betrieb gearbeitet?

5. ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Arbeitsunfähigkeit ○ Nein ○ Ja – Ab: Voraussichtliche Dauer

Arbeit wieder aufgenommen ○ Nein ○ Ja – Per wann?

Lohn CHF	**pro Stunde**	**pro Monat**	**pro Jahr**
Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulagen (brutto)			
Kinder/Familienzulagen			
Ferien/Feiertagsentschädigung in % oder CHF			
Gratifikation / 13. Monatslohn (und weitere) in % oder CHF			
Andere Lohnzulagen (z. B. Akkord/Provision/			
Naturallohn/Schichtzulage) – Was?			

○ Sonderfälle ○ Freiwillige Unternehmerversicherung ○ Familienmitglied

Weitere Arbeitgeber ○ Nein ○ Ja – Bei Freizeitunfall, bei welchem Arbeitgeber wurde zuletzt gearbeitet?

Andere Versicherungsleistungen
Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei Krankenversicherung, SUVA oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, beruflicher Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse? Wenn ja, bei welcher Versicherung?

○ Nein ○ Ja – Gesellschaft

6. BEMERKUNGEN

Die unterzeichnende Person ermächtigt die Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten und ist damit einverstanden, dass die Versicherungsgesellschaft die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte oder involvierte Versicherungsgesellschaften (Mit- oder Rückversicherer) im In- und Ausland weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt. Der/die Unterzeichnende darf ohne Einwilligung der Gesellschaft keine Schadenersatzansprüche anerkennen.

Ort und Datum Unterschrift des Versicherungsnehmers

Bitte senden Sie das Formular entweder per Mail an schaden@arisco.ch oder per Post an die Geschäftsstelle Ihres Mandatsleiters. Die Adresse finden Sie auf www.arisco.ch/kontakt. Vielen Dank.

DRUCKEN ZURÜCKSETZEN SENDEN

ARISCO
RISK CONSULTANTS

SCHADENANZEIGE 3/5
Unfall-Meldung UVG

1. VERSICHERUNGSNEHMER

Name		Gesellschaft	
Adresse		Geschäftsstelle	
Telefon		Policen-Nr.	
E-Mail		Schaden-Nr.	

2. VERLETZTE PERSON

Name/Vorname		AHV-Nr.	
Adresse		Geschlecht	○ W ○ M
PLZ/Ort		Telefon	
Geburtsdatum		E-Mail	

3. UNFALLDATUM UND FOLGEN

Unfalldatum _____ Zeit _____ Uhr

Betroffener Körperteil ○ Links ○ Rechts ○ Unbestimmt

Arztadressen

Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik

Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik

EINTRAGUNG DES ARZTES

Arztrechnung

A. Leistungen nach Tarif

Datum	Tarifziffer	Bezugziffer	Anzahl	Taxpunkte TARMED AL + TL	Labor	Physio
		Zwischentotal				

B. Medikamente/Verbrauchsmaterial

Menge	Art	CHF
	Total Medikamente/Verbrauchsmaterial	

Diagnose (verletzter Körperteil und Art der Schädigung)	CHF
Total TP TARMED x CHF / TP___ = Total TARMED	
Total TP Analysenliste x CHF / TP___ = Total Labor	
Total TP Physio x CHF / TP___ = Total Physio	
Total Medikamente/Verbrauchsmaterial	
Gesamtbetrag	

Behandlung abgeschlossen ○ Ja ○ Nein

Bemerkungen

Datum	PC-Konto oder Bank-Konto

Geht an Verletzte/n ⟶ Arzt ⟶ UVG-Versicherer

ARISCO
RISK CONSULTANTS

SCHADENANZEIGE 4/5
Unfall-Meldung UVG

1. VERSICHERUNGSNEHMER

Name		Gesellschaft	
Adresse		Policen-Nr.	
Telefon		Schaden-Nr.	
E-Mail			

2. VERLETZTE PERSON

Name/Vorname		AHV-Nr.	
Adresse		Geburtsdatum	
PLZ/Ort		Geschlecht	○ W ○ M
Telefon		E-Mail	

3. UNFALLDATUM

Unfalldatum _____ Zeit _____ Uhr

Hinweis für die/den Verletzte/n
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 zurückerstattet. Wählen Sie bitte ein den Verhältnissen angemessenes, preisgünstiges Transportmittel (z.B. öffentliches Verkehrsmittel).

EINTRAGUNGEN DES ARZTES

Datum		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
und Zeit des nächsten Besuches	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	%		

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

Geht an Verletzte/n → Arbeitgeber → UVG-Versicherer

ARISCO
RISK CONSULTANTS

SCHADENANZEIGE 5/5
Unfall-Meldung UVG – Apothekerschein

1. VERSICHERUNGSNEHMER

Name		Gesellschaft	
Adresse		PC-oder Bankverbindung	
Telefon		Policen-Nr.	
E-Mail		Schaden-Nr.	

2. VERLETZTE PERSON

Name/Vorname		AHV-Nr.	
Adresse		Geburtsdatum	
PLZ/Ort		Geschlecht	○ W ○ M
Telefon		E-Mail	

3. UNFALLDATUM

Unfalldatum _____ Zeit _____ Uhr

Hinweis für die/den Verletzte/n
Die vom Arzt verordneten Medikamente werden Ihnen von der/dem Apotheker/in gegen Abgabe dieses Scheines kostenlos abgegeben. Alle Medikamente sind aus der gleichen Apotheke zu beziehen.

Hinweis für die Apotheke
Bitte senden Sie diese Rechnung nach Abschluss der Behandlung – spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum – an die unten aufgeführte Adresse.
Einen neuen Apothekerschein können Sie verlangen, wenn

– der Platz fürd das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht
– nach Ablauf von 3 Monaten weitere Medikamente benötigt werden

EINTRAGUNG DER APOTHEKE

Rechnung der Apotheke

Datum der Ausgabe	Art und Menge	Preis CHF
Bitte Rezepte beilegen	Total	

Die unterzeichnende Person ermächtigt die Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten und ist damit einverstanden, dass die Versicherungsgesellschaft die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte oder involvierte Versicherungsgesellschaften (Mit- oder Rückversicherer) im In- und Ausland weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt. Der/die Unterzeichnende darf ohne Einwilligung der Gesellschaft keine Schadenersatzansprüche anerkennen.

Datum

Stempel der Apotheke

Post- oder Bankkonto-Nr.

Geht an Verletzte/n → Apotheker/in → UVG-Versicherer