

# Unfallmeldung UVG

		<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Rückfall		Schaden-Nr.		
				Police-Nr.		
<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl			Telefon		
				E-Mail		
	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl			Korrespondenzsprache <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> i		Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
	Telefon / Mobile			Geburtsdatum		AHV-Nr.
<b>2. Verletzter</b>	E-Mail			Staatsangehörigkeit		Zivilstand
	Postcheckkonto			Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre Anzahl: <input type="checkbox"/> keine		
	Bankname / Bankkonto und Bankclearing-Nr. oder IBAN-Nr.			Name und Adresse der Krankenkasse		
				Name und Adresse des BVG-Versicherers		
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf		Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lernende/r <input type="checkbox"/> Praktikant/in		Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt per			
	Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche: Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit		Betriebsübliche Arbeitszeit (Stunden je Woche):			
	Körperliche Belastung bei der Arbeit: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> Arbeit sitzend <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> sitzend / stehend		Heben von Gewichten über 10 kg: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wie viel kg? kg Wie oft? <input type="checkbox"/> täglich -mal <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> selten			
<b>4. Unfall-datum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)		
<b>5. Unfallort</b>	Wo ereignete sich der Unfall (Ort / Stelle)?					
<b>6. Unfallbe-schreibung</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe					
<b>7. Abklärung</b>	Wer hat die Abklärung durchgeführt?			Name der Zeugen		
	Untersuchung erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Wurden Sie befragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>8. Nicht-berufs-unfall</b>	Wann hat die/der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?					
<b>9. Verletzung</b>	Betroffener Körperteil:			<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts		
	Art der Schädigung:			<input type="checkbox"/> unbestimmt		
<b>10. Arbeitsun-fähigkeit</b>	Arbeit zufolge des Unfalls ausgesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Wenn ja, ab wann?		
	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> länger als 1 Monat			Falls Arbeit wieder aufgenommen: Ab wann? <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise		
<b>11. Arzt-Adressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik			Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		
<b>12. Lohn</b>	Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)			CHF pro		
	Kinder- / Familienzulagen					
	Ferien- / Feiertagsentschädigung			in % oder		
	Gratifikation / 13. Monatslohn (und weitere)			in % oder		
	Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord / Provision / Naturallohn)					
Quellensteuerpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
<b>13. Sonderfälle</b>	<input type="checkbox"/> Freiwillige Unternehmensversicherung			<input type="checkbox"/> Familienmitglied		
				<input type="checkbox"/> Gesellschafter		
<b>14. Andere Sozialver-sicherungs-leistungen</b>	Hat die/der Verletzte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse, Berufliche Vorsorgeeinrichtung? Wenn ja, wo?					

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

# Unfallmeldung UVG

## Doppel für den Arbeitgeber

		<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Rückfall		Schaden-Nr.	
				Police-Nr.	
<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl			Telefon	
				E-Mail	
<b>2. Verletzte/r</b>	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl			Korrespondenzsprache <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> i	
				Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
				Geburtsdatum	
				AHV-Nr.	
				Staatsangehörigkeit	
Telefon / Mobile			Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre Anzahl: <input type="checkbox"/> keine		
E-Mail			Name und Adresse der Krankenkasse		
Postcheckkonto			Name und Adresse des BVG-Versicherers		
Bankname / Bankkonto und Bankclearing-Nr. oder IBAN-Nr.					
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf		Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lernende/r <input type="checkbox"/> Praktikant/in		Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt per		
	Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche: Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit		Betriebsübliche Arbeitszeit (Stunden je Woche):		
	Körperliche Belastung bei der Arbeit: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> Arbeit sitzend <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> sitzend / stehend		Heben von Gewichten über 10 kg: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wie viel kg? Kg Wie oft? <input type="checkbox"/> täglich -mal <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> selten		
<b>4. Unfall-datum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)	
<b>5. Unfallort</b>	Wo ereignete sich der Unfall (Ort / Stelle)?				
<b>6. Unfallbe-schreibung</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe				
<b>7. Abklärung</b>	Wer hat die Abklärung durchgeführt?			Name der Zeugen	
	Untersuchung erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Wurden Sie befragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>8. Nicht-berufsunfall</b>	Wann hat die/der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?				
<b>9. Verletzung</b>	Betroffener Körperteil:			<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	
	Art der Schädigung:			<input type="checkbox"/> unbestimmt	
<b>10. Arbeitsun-fähigkeit</b>	Arbeit zufolge des Unfalls ausgesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Wenn ja, ab wann?	
	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> länger als 1 Monat			Falls Arbeit wieder aufgenommen: Ab wann? <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise	
<b>11. Arzt-Adressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik			Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	
<b>12. Lohn</b>	Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)			CHF pro	Stunde
	Kinder- / Familienzulagen				Monat
	Ferien- / Feiertagsentschädigung			in % oder	Jahr
	Gratifikation / 13. Monatslohn (und weitere)			in % oder	
	Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord / Provision / Naturallohn)				
Quellensteuerpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
<b>13. Sonderfälle</b>	<input type="checkbox"/> Freiwillige Unternehmensversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Gesellschafter				
	Weitere Arbeitgeber:				
<b>14. Andere Sozialver-sicherungs-leistungen</b>	Hat die/der Verletzte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse, Berufliche Vorsorgeeinrichtung? Wenn ja, wo?				

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

# Arztzeugnis UVG

		<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Rückfall		Schaden-Nr.
				Police-Nr.
<b>Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl		Telefon	
			E-Mail	
<b>Verletzte/r</b>	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl		Korrespondenzsprache <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> i	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
			Geburtsdatum	AHV-Nr.
			Staatsangehörigkeit	Zivilstand
	Telefon / Mobile		Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre Anzahl: <input type="checkbox"/> keine	
	E-Mail		Name und Adresse der Krankenkasse	
	Postcheckkonto		Name und Adresse des BVG-Versicherers	
	Bankname / Bankkonto und Bankclearing-Nr. oder IBAN-Nr.			
<b>Anstellung</b>	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf		Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lernende/r <input type="checkbox"/> Praktikant/in		Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt per	
	Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche: Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit		Betriebsübliche Arbeitszeit (Stunden je Woche):	
	Körperliche Belastung bei der Arbeit: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> Arbeit sitzend <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> sitzend / stehend		Heben von Gewichten über 10 kg: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wie viel kg? kg Wie oft? <input type="checkbox"/> täglich -mal <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> selten	
<b>Unfall-datum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
<b>1. Erst-behandlung</b>	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 / der Patientin
<b>2. Angaben des Patienten / der Patientin</b>	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?			
<b>3. Allgemeinzustand</b>	a) Besondere Wahrnehmungen (Gemütsverfassung, Alkohol, Drogen usw.)			
	b) Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Körperanomalien (Invalidität)			
<b>4. Befund</b>	Röntgenbefund:			
<b>5. Diagnose</b>				
<b>6. Kausalität</b>	Liegen ausschliesslich Unfallfolgen vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein, bitte begründen:			
<b>7. Therapie</b>	a) Was haben Sie bisher veranlasst?			
	b) Schlagen Sie besondere Massnahmen vor?			
	c) Ist der/die Patient/in hospitalisiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Wenn ja, wo?	
<b>8. Arbeitsunfähigkeit</b>	<input type="checkbox"/> ja zu % ab <input type="checkbox"/> nein		Voraussichtlich bis	
<b>9. Arbeitsaufnahme</b>	<input type="checkbox"/> ja Teilweise zu % ab <input type="checkbox"/> nein		Voll ab	
<b>10. Behandlungsabschluss</b>	<input type="checkbox"/> ja am: <input type="checkbox"/> nein – voraussichtlich in Wochen			

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

# Unfallschein UVG

		<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Rückfall		Schaden-Nr.		
				Police-Nr.		
<b>Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl		Telefon			
			E-Mail			
<b>Verletzter</b>	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl		Korrespondenzsprache <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> i			
			Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich			
			Geburtsdatum			
			AHV-Nr.			
			Staatsangehörigkeit			
			Zivilstand			
		Telefon / Mobile		Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre		
		E-Mail		Anzahl: <input type="checkbox"/> keine		
		Postcheckkonto		Name und Adresse der Krankenkasse		
		Bankname / Bankkonto und Bankclearing-Nr. oder IBAN-Nr.		Name und Adresse des BVG-Versicherers		
<b>Anstellung</b>	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf		Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lernende/r <input type="checkbox"/> Praktikant/in		Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt per			
	Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche:		Arbeitszeit:		Betriebsübliche Arbeitszeit	
	Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit Körperliche Belastung bei der Arbeit: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> Arbeit sitzend <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> sitzend / stehend		(Stunden je Woche): Heben von Gewichten über 10 kg: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wie viel kg? kg Wie oft? <input type="checkbox"/> täglich -mal <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> selten			
<b>Unfall-datum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)		

## Hinweise für die verletzte Person

- Wir bitten Sie, die **Schaden-Nr.** - die auf jeder Zuschrift der Allianz Suisse 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.
- Arztwechsel.** Bei einem allfälligen Arztwechsel setzen Sie sich unverzüglich mit der Allianz Suisse in Verbindung.
- 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. Vorbehalten bleibt das Bestehen einer Zusatzversicherung.
- Eine Arbeitsunfähigkeit** wird durch den Arzt auf dem Unfallschein eingetragen. Teilarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten, es sei denn, der Arzt schreibt aus medizinischen Gründen etwas anderes vor.
- 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 Übernahme des Unfalles 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	

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

Stempel des Arztes

Geht an: Verletzte/n → Arbeitgeber → Allianz Suisse

# Apothekerschein UVG

		<input type="checkbox"/> Unfall	Schaden-Nr.	
		<input type="checkbox"/> Zahnschaden		
		<input type="checkbox"/> Berufskrankheit	Police-Nr.	
		<input type="checkbox"/> Rückfall		
<b>Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl	Telefon		
		E-Mail		
<b>Verletzte/r</b>	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl	Korrespondenzsprache <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> i	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
		Geburtsdatum	AHV-Nr.	
		Staatsangehörigkeit	Zivilstand	
		Telefon / Mobile	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre Anzahl: <input type="checkbox"/> keine	
		E-Mail	Name und Adresse der Krankenkasse	
		Postcheckkonto	Name und Adresse des BVG-Versicherers	
	Bankname / Bankkonto und Bankclearing-Nr. oder IBAN-Nr.			

Unfall-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
--------------	-----	-------	------	-------------------

## Hinweise für die verletzte Person

- Hat die Allianz Suisse die Übernahme der Heilkosten zugesichert, so werden Ihnen die vom Arzt verordneten Medikamente von der Apotheke 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-Nr. oben einzutragen bzw. durch die Apotheke eintragen zu lassen.

## Hinweise für die Apotheke

Eine Übernahme der Behandlungskosten wird der/dem Verletzten durch die Allianz Suisse bekannt gegeben. Verlangen Sie bitte diese Bestätigung – die auch Ihnen gegenüber als Zahlungsgarantie dient – zur Einsicht und übertragen Sie die darauf vermerkte Schaden-Nr. auf den Apothekerschein.

## Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis	
		CHF	Rp.
<b>Bitte Rezepte beilegen</b>		<b>Total</b>	

Senden Sie diese Rechnung bitte nach Abschluss der Behandlung – spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum – an die Allianz Suisse.

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

Datum \_\_\_\_\_

Stempel der Apotheke

Postcheckkonto
Bankname / Bankkonto und Bankclearing-Nr. oder IBAN-Nr.
Abrechnung über OFAC?