Unfallmeldung UVG

assicura
Ihre Versicherungs-Treuhand

Versicherer

Schadennummer

1. Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl

Telefonnummer

Policennummer

Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)

2. Verletzter

Name und Vorname

Strasse

PLZ und Wohnort

Telefon

PC oder Bankkonto

Krankenkasse

Geburtsdatum

AHV-Nummer

Nationalität

Heimatort

Zivilstand

Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J.

Anzahl keine

3. Anstellung Datum der Anstellung

Übliche berufliche Tätigkeit

freiwillig Versicherter

gelernt angelernt

ungelernt Lehrling

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

5. Unfallort Wo ereignete sich der Unfall? (Ort / Stelle)

6. Unfallbe-schreibung Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe

7. Abklärung Wer hat die Abklärung durchgeführt?

Untersuchung erwünscht? ja nein

Name der Zeugen

Wurden sie befragt? ja nein

8. Nicht-berufsunfall Wann hat der Verletzte **vor dem Unfall letztmals** beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?

9. Verletzung Betroffener Körperteil (links / rechts)

Art der Schädigung

10. Arbeits-unfähigkeit Arbeit zufolge Unfalles ausgesetzt? ja nein

Wenn ja, ab wann? (Datum und Zeit)

11. Arzt-adressen Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik

Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik

12. Arbeitszeit des Verletzten Tage je Woche

Stunden je Woche

Betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit

Arbeitseinsatz: unregelmässig Kurzarbeit

13. Lohn

	Fr. pro	Std. €	Tag •	Monat ,	Jahr ƒ
Barlohn	Grundlohn (brutto)				
	Teuerungszulage				
	Akkord / Provision				
	Kinder- / Familienzulagen				
	Ferien- / Feiertagsentschädigung % oder				
	Andere Lohnzulagen (Art):				
	Gratifikation / 13. Monatslohn % oder				
Naturallohn	Art:				

Quellensteuerpflichtig ja nein

Sonderfälle Familienmitglied Gesellschafter freiwillig Versicherter Saisonnier

Weitere Arbeitgeber:

14. Andere Sozialver-sicherungs-leistungen Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, SUVA oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?

Nein Wenn ja, wo?

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Geht an: assicura ag, Schuppisstrasse 7, 9016 St. Gallen

Unfallmeldung UVG **Doppel für den Arbeitgeber**

assicura
Ihre Versicherungs-Treuhand

Versicherer

Schadennummer

1. Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl	Telefonnummer	Policennummer
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verletzter	Geburtsdatum	AHV-Nummer (11stellig)
Name und Vorname		
Strasse	Nationalität	Heimatort
PLZ und Wohnort		
Telefon	Zivilstand	Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J.
PC oder Bankkonto		Anzahl keine
Krankenkasse		

3. Anstellung Datum der Anstellung | Übliche berufliche Tätigkeit | freiwillig Versicherter | gelernt | angelernt | ungelernt | Lehrling

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

5. Unfallort Wo ereignete sich der Unfall? (Ort / Stelle)

6. Unfallbe-schreibung Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe

7. Abklärung Wer hat die Abklärung durchgeführt?

Untersuchung erwünscht? ja nein

Name der Zeugen

Wurden sie befragt? ja nein

8. Nicht-berufsunfall Wann hat der Verletzte **vor dem Unfall letztmals** beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?

9. Verletzung Betroffener Körperteil (links / rechts) | Art der Schädigung

10. Arbeits-unfähigkeit Arbeit zufolge Unfalles ausgesetzt? ja nein | Wenn ja, ab wann? (Datum und Zeit)

11. Arzt-adressen Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik | Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik

12. Arbeitszeit des Verletzten Tage je Woche | Stunden je Woche | Betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit | Arbeitseinsatz: unregelmässig | Kurzarbeit

13. Lohn

		Fr. pro	Std. €	Tag •	Monat ,	Jahr ƒ
Barlohn	Grundlohn (brutto)					
	Teuerungszulage					
	Akkord / Provision					
	Kinder- / Familienzulagen					
	Ferien- / Feiertagsentschädigung	% oder				
	Andere Lohnzulagen (Art):					
	Gratifikation / 13. Monatslohn	% oder				
Naturallohn	Art:					

Quellensteuerpflichtig ja nein

Sonderfälle Familienmitglied | Gesellschafter | freiwillig Versicherter | Saisonnier

Weitere Arbeitgeber:

14. Andere Sozialver-sicherungs-leistungen Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, SUVA oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?

Nein Wenn ja, wo?

Ort und Datum | Stempel und Unterschrift

Geht an: Kopie zu Ihren Akten

Arztzeugnis UVG

Versicherer

Schadennummer

assicura
Ihre Versicherungs-Treuhand

Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl	Telefonnummer	Policennummer
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
Verletzter Name und Vorname Strasse PLZ und Wohnort Telefon PC oder Bankkonto Krankenkasse	Geburtsdatum	AHV-Nummer (11stellig)
	Nationalität	Heimatort
	Zivilstand	Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J. Anzahl keine

Anstellung Datum der Anstellung | Übliche berufliche Tätigkeit | freiwillig Versicherter | gelernt | angelernt | ungelernt | Lehrling

Unfalldatum Tag | Monat | Jahr | Zeit (Std., Min.)

1. Erstbehandlung Tag | Monat | Jahr | Zeit | ☐ während | ☐ ausserhalb der Sprechstunde | ☐ am Unfallort | ☐ 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? ☐ ja ☐ nein
Wenn nein, bitte begründen:

7. Therapie
a) Was haben Sie bisher veranlasst?

b) Schlagen Sie besondere Massnahmen vor?

c) Ist der Patient hospitalisiert?
☐ ja ☐ nein Wenn ja, wo?

8. Arbeitsunfähigkeit ☐ ja zu % ab Voraussichtlich bis
☐ nein

9. Arbeitsaufnahme ☐ ja Teilweise zu % ab Voll ab
☐ nein

10. Behandlungsabschluss ☐ ja am
☐ nein – voraussichtlich in Wochen

Ort und Datum Unterschrift und Stempel **des Arztes**

Geht an: Erstbehandelnden Arzt

Apothekerschein UVG

assicura
Ihre Versicherungs-Treuhand

Versicherer
Schadennummer

Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl	Telefonnummer	Policennummer
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
Verletzter Name und Vorname Strasse PLZ und Wohnort Telefon PC oder Bankkonto Krankenkasse	Geburtsdatum	AHV-Nummer (11stellig)

Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)

Hinweise für den Verletzten

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 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	
		Fr.	Rp.
Bitte Rezepte beilegen	**Total**		

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

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

Postcheck-Konto-Nr. oder Bank und Bankkonto-Nr.

Abrechnung über OFAC?

Geht an: Verletzter Apotheke assicura ag, Schuppisstrasse 7, 9016 St. Gallen

Unfallschein UVG

Versicherer

Schadennummer

assicura
Ihre Versicherungs-Treuhand

Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl	Telefonnummer	Policennummer
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
Verletzter Name und Vorname Strasse PLZ und Wohnort Telefon PC oder Bankkonto Krankenkasse	Geburtsdatum	AHV-Nummer (11stellig)

Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)

Hinweise für den Verletzten

Wir bitten Sie, die **Referenznummer** – 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. 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 schreibe 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 und Zeit des nächsten Besuches	**Datum** des erfolgten Besuches	**Arbeitsunfähigkeit** Grad	**Arbeitsunfähigkeit** Gültig ab	**Unterschrift des Arztes**

Datum und Zeit des nächsten Besuches	**Datum** des erfolgten Besuches	**Arbeitsunfähigkeit** Grad	**Arbeitsunfähigkeit** Gültig ab	**Unterschrift des Arztes**

Die ärztliche Behandlung endigte am

Stempel des Arztes

Geht an: Verletzter Arbeitgeber assicura ag, Schuppisstrasse 7, 9016 St. Gallen