

**Schadenmeldung UVG** Unfall  Zahnschaden  Berufskrankheit  Rückfall

			Schaden-Nummer		
<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.		Police-Nr.
			E-Mail		
	UID Unternehmens-Identifikationsnr. CHE- ____ . ____ . ____		Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)		
<b>2. Verletzte/-r</b>	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				
<b>3. Anstellung</b>	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				
<b>4. Unfalldatum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)	
<b>5. Unfallort</b>	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse)				
<b>6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung, Verdacht auf Berufskrankheit)</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge				
	Beteiligte Person(-en):		Zeugen:		
<b>7. Berufsunfall</b>	Besteht ein Polizeirapport? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt				
<b>7. Berufsunfall</b>	Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)				
<b>8. Nichtberufsunfall</b>	Bis wann hat der/die Verletzte <b>vor dem Unfall letztmals</b> im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? Bis: _____ Grund der Absenz: _____				
<b>9. Verletzung</b>	Betroffener Körperteil:		<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt		
<b>10. Arbeitsunfähigkeit</b>	Art der Schädigung:				
	Arbeit als Folge des Unfalls ausgesetzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Wenn ja, ab wann?		
<b>10. Arbeitsunfähigkeit</b>	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit		Falls Arbeit wieder aufgenommen:		
	<input type="checkbox"/> länger als ein Monat		Ab wann? <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise		
<b>11. Arztadressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		
<b>12. Lohn</b>	CHF pro		Stunde	Monat	Jahr
	Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)				
	Kinder-/Familienzulagen				
	Ferien-/Feiertagsentschädigungen in % oder				
	Gratifikationen/13. Monatslohn (und weitere) in % oder				
Andere Lohnzulagen (z. B. Provision/Naturallohn/Schichtzulage)					
Bezeichnung:					
<b>13. Sonderfälle</b>	<input type="checkbox"/> Freiw. Untermehrmerversicherung 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				
<b>14. Andere Sozialversicherungsleistungen</b>	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

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.
	E-Mail			
	UID Unternehmens-Identifikationsnr. CHE- ____ . ____ . ____		Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
<b>2. Verletzte/-r</b>	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			
<b>3. Anstellung</b>	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: ____ %	
<b>4. Unfalldatum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
<b>5. Unfallort</b>	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse)			
<b>6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung, Verdacht auf Berufskrankheit)</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
	Beteiligte Person(-en):		Zeugen:	
<b>7. Berufsunfall</b>	Besteht ein Polizeirapport? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt			
<b>7. Berufsunfall</b>	Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
<b>8. Nichtberufsunfall</b>	Bis wann hat der/die Verletzte <b>vor dem Unfall letztmals</b> im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?		Grund der Absenz:	
<b>9. Verletzung</b>	Betroffener Körperteil:		<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt	
<b>10. Arbeitsunfähigkeit</b>	Art der Schädigung:			
	Arbeit als Folge des Unfalls ausgesetzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Wenn ja, ab wann?	
<b>11. Arztadressen</b>	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	
	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	
<b>12. Lohn</b>	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:				
<b>13. Sonderfälle</b>	<input type="checkbox"/> Freiw. Unternehmerversicherung 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			
<b>14. Andere Sozialversicherungsleistungen</b>	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: Arbeitgeber

**Arztzeugnis UVG**
 Unfall    Zahnschaden    Berufskrankheit    Rückfall

Schaden-Nummer

<b>Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.
		E-Mail	
	UID Unternehmens-Identifikationsnr. CHE- ____ . ____ . ____	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
<b>Verletzte/-r</b>	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		
<b>Anstellung</b>	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		
<b>Unfalldatum</b>	Tag	Monat	Jahr
<b>1. Erstbehandlung</b>	Tag	Monat	Jahr
<b>2. Angaben des Patienten</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 Patient hospitalisiert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein   Wenn ja, wo?		
<b>8. Arbeitsunfähigkeit</b>	<input type="checkbox"/> Ja	zu	% ab voraussichtlich
<b>9. Arbeitsaufnahme</b>	<input type="checkbox"/> Ja	teilweise zu	% ab voll ab
<b>10. Behandlungsabschluss</b>	<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
----------------

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

<b>Unfalldatum</b>	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.
<b>Bitte Rezepte beilegen</b>		<b>Total</b>	

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



# Unfallschein UVG

Bitte Schadennummer hier vermerken →

Schaden-Nummer

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.
			E-Mail	
	UID Unternehmens-Identifikationsnr. CHE- ____ . ____ . ____		Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
<b>2. Verletzte/-r</b>	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			
<b>3. Anstellung</b>	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: ____ %	
<b>4. Unfalldatum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
Betriebsübliche Vollarbeitszeit (Stunden je Woche): ____		Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit		

## Hinweise für den Verletzten

Wir bitten Sie, die **Schaden-Nummer** – 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.

Bei einem allfälligen **Arztwechsel** wollen Sie sich unverzüglich mit der Versicherung in Verbindung setzen.

Als obligatorische Unfallversicherung übernehmen wir die Kosten der allgemeinen Abteilung einer **Spitalbehandlung**. Für die Dauer des Spitalaufenthaltes kann vom Taggeld ein Betrag an die Unterhaltskosten abgezogen werden.

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** besteht ab dem dritten Kalendertag nach dem Unfall. Das Taggeld beträgt 80% des versicherten Verdienstes. Über die Auszahlung orientiert die Mitteilung, die jede/-r Versicherte bei Anerkennung der Leistungspflicht zugestellt wird.

Die notwendigen **Reise- und Transportkosten** – z. B. zum nächsten Arzt/Spital – werden Ihnen zurückerstattet. Wählen Sie bitte ein den Verhältnissen angemessenes, preisgünstiges Transportmittel (z. B. öffentliches Verkehrsmittel); gegebenenfalls Abonnement lösen. Bitte auf Spesenabrechnung Ihr Post- und Bankkonto angeben. Lassen Sie sich aus persönlichen Gründen auswärts behandeln, so kann die Versicherung die entsprechenden Mehrkosten nicht entschädigen.

## Eintragungen des Arztes

Datum und Zeit		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
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 und Zeit		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	Grad	Gültig ab	
Die ärztliche Behandlung endete am		Medikamente bezogen bei (Name und Adresse der Apotheke):		

Stempel des Arztes

Geht an: Verletzte/-n → Betrieb → Agrisano Versicherungen AG