

## Unfallmeldung UVG

Gesellschaft	Schadennummer
--------------	---------------

### 1. Arbeitgeber

Name	Kontaktperson
Adresse	Tel. Nr.
Email	Police-Nr.
Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	Bank/Post
IBAN Nr.	Adresse der Bank

### 2. Verletzter Weiblich Männlich

Name	Vorname
Adresse	Tel. Nr.
Bank/Post	IBAN Nr.
Geburtsdatum	AHV-Nr. (13-stellig)
Nationalität	Heimatort
Zivilstand	

### 3. Anstellung

Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit
Erlerner Beruf	

### 4. Unfalldatum

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

### 5. Unfallort

Wo ereignete sich der Unfall? (Ort / Stelle)
--

### 6. Unfallbeschreibung

Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe
---

### 7. Abklärung / Polizeirapport

Wer hat die Abklärung durchgeführt? Polizeirapport?	Name der Zeugen?
Untersuchung erwünscht? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Wurden Sie befragt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	

### 8. Nichtberufsunfall

Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?

### 9. Verletzung

Betroffener Körperteil (links / rechts)	Art der Schädigung
---	--------------------

### 10. Arbeitsunfähigkeit

Arbeit infolge Unfalls ausgesetzt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn ja, ab wann? (Datum und Uhrzeit)
Wurde die Arbeit bereits wieder aufgenommen? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Seit wann? <input type="radio"/> ganz <input type="radio"/> teilweise	
Sind Ferien geplant? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja – von/bis	

### 11. Arztadressen

Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik
--	--

### 12. Arbeitszeiten des Verletzten

Tag je Woche	Stunden je Woche	Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden
Arbeitseinsatz <input type="radio"/> unregelmässig <input type="radio"/> Kurzarbeit		

### 13. Lohn

Bei unregelmässiger Beschäftigung bitte Lohnjournal der Monate vor dem Unfall beilegen.

Massgebender Lohn	CHF pro	Stunde	Monat	Jahr
Grundlohn (brutto)				
Kinder- / Familienzulagen				
Ferien- / Feiertagsentschädigung	% oder			
Gratifikation / 13. Monatslohn	% oder			
Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord / Provision / Naturallohn / Schichtzulage)				
Sonderfälle	<input type="radio"/> Familienmitglied	<input type="radio"/> Gesellschafter	<input type="radio"/> freiwillig Versicherter	<input type="radio"/> Saisonier
Weitere Arbeitgeber				<input type="radio"/> Quellensteuerpflichtig

#### 14. Andere Sozialversicherungsleistungen

Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenversicherung, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Berufliche Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?

Nein  Ja

Wenn ja, wo?

Der Unterzeichnete ermächtigt die Versicherungsgesellschaft, im Rahmen der Prüfung und Bearbeitung dieses Versicherungsfalles, zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten. Ferner ist er damit einverstanden, dass die Versicherungsgesellschaft Daten welche für die Schadenabwicklung notwendig sind, an Dritte weiterleitet.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

-----

-----

Geht an: LVT GmbH ➔ Gesellschaft

## Unfallschein UVG

Gesellschaft	Schadennummer
--------------	---------------

### 1. Arbeitgeber

Name	Tel. Nr.
Adresse	Police-Nr.
Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	

### 2. Verletzter Weiblich Männlich

Name	Vorname
Adresse	Tel. Nr.
Geburtsdatum	AHV-Nr. (13-stellig)
Nationalität	Heimatort
Zivilstand	

### 3. Unfalldatum

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

#### Hinweise für den Verletzten

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 allfälligen 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).

#### Eintragung 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: Verletzten → Arbeitgeber → LVT GmbH → Gesellschaft

## Apothekerschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG

Gesellschaft		Schadennummer	
<b>Arbeitgeber</b>			
Name		Tel. Nr.	
Adresse		Police-Nr.	
Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)			
<b>Verletzter</b>			
Name		Vorname	
Adresse		Tel. Nr.	
Geburtsdatum		AHV-Nr. (13-stellig)	
<b>Unfalldatum</b>			
Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)

### Hinweise für den Verletzten

Die vom Arzt verordneten Medikamente werden Ihnen vom Apotheker gegen Abgabe dieses Scheines kostenlos abgegeben. Alle Medikamente sind aus der gleichen Apotheke zu beziehen

### Hinweise für den Apotheker

Bitte senden Sie diese Rechnung nach Abschluss der Behandlung, spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum an die Versicherung. Einen neuen Apothekerschein können Sie bei uns verlangen, wenn  
 – der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht;  
 – nach Ablauf von 3 Monaten weitere Medikamente benötigt werden.

### Rechnung der Apotheke

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

Datum

Stempel der Apotheke

Geht an: Verletzten → Apotheke → LVT GmbH → Gesellschaft