arc GROUP AG
Gesellschaftsunabhängige Versicherungs- & Finanzberatung
Zentralstrasse 120, Postfach
5430 Wettingen 2
056 631 80 20

Unfallmeldung UVG

Schadennummer:

1. Arbeitgeber
Telefon
Police-Nr.
Üblicher Arbeitsplatz d. Verl.
Kinder bis 20 od. in Ausb. bis 25 ☐ Anzahl: ..... keine: ☐

2. Verunfallte Person
Geburtsdatum
AHV-Nummer
Nationalität / Heimatort
Zivilstand

3. Anstellung
Datum der Anstellung / übliche Tätigkeit
☐ **gelernt** ☐ **angelernt**
☐ **ungelernt** ☐ **Lehrling**

Unfalldatum

4. Unfallort
Wo ereignete sich der Unfall?

5. Unfallbeschreibung
Tätigkeit zur Zeit des Unfalls: Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe

6. Abklärung
Wer hat die Abklärung durchgeführt?
Untersuchung erwünscht? ☐ **Ja** ☐ **Nein**
Name(n) von Zeuge(n)

7. Nichtberufsunfall
Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Datum / Zeit)?
von: ..... bis: .....

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

9. Arbeitsunfähigkeit
Arbeit infolge Unfalls ausgesetzt? ☐ **Ja** ☐ **Nein**
Wenn ja, ab wann? (Datum / Zeit)

10. Arztadressen
Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik
Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik

11. Arbeitszeit des Verl.
Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden: ..... Tage je Woche .....
Arbeitseinsatz: ☐ **unregelmässig** ☐ **Kurzarbeit** Stunden je Woche .....

12. Lohn

CHF pro	Stunde	Tag	Monat	Jahr
Grundlohn (brutto)				
Teuerungszulage				
Akkord / Provision				
Kinder- / Familienzulage				
Ferien-/Feiertagsentschädigung				
Andere Lohnzulagen / Naturallohn				
Gratifikation / 13. Monatslohn				
Total				

Sonderfälle: .....
Total: CHF .....

13. Weitere Arbeitgeber .....

14. Andere sozialversicherungsleistungen
Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, SUVA oder anderen obligatorischen Unfallversicherungen, Invalidenversicherungen, Alters- und Hinterlassenschaftsversicherung, Militärversicherung oder Arbeitslosenkasse? ☐ **Ja** ☐ **Nein**
Wenn ja, wo? .....

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Geht an:
arc GROUP AG

Schadennummer:

Arztzeugnis UVG

1. Arbeitgeber		Telefon	Police-Nr.
		Üblicher Arbeitsplatz d. Verl.	Kinder bis 20 od. in Ausb. bis 25 ☐ Anzahl: _____ keine: ☐
2. Verunfallte Person		Geburtsdatum	AHV-Nummer
		Nationalität / Heimatort	Zivilstand
3. Anstellung	Datum der Anstellung / übliche Tätigkeit	☐ **gelernt** ☐ **angelernt** ☐ **ungelernt** ☐ **Lehrling**	

Unfalldatum

4. Erstbehandlung	Datum und Zeit	☐ während ☐ ausserh. Sprstd. ☐ am Unfallort ☐ in d. Whng. d. P.
5. Angaben des Patienten	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?	
6. Allgemeinzustand	a) besondere Wahrnehmung (Gemütsverfassung, Alkohol, Drogen, usw.) b) Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Körperteilen (Invalidität)	
7. Befund	Röntgenbefund:	
8. Diagnose		
9. Kausalität	Liegen ausschliesslich Unfallfolgen vor? Wenn nein, bitte begründen:	☐ Ja ☐ Nein
10. Therapie	a) Was haben Sie bisher veranlasst? b) Schlagen Sie besondere Massnahmen vor? c) Ist der Patient hospitalisiert? Wenn ja, wo?	☐ Ja ☐ Nein
11. Arbeitsunfähigkeit	Voraussichtlich bis: % ab	☐ Ja ☐ Nein
12. Arbeitsaufnahme	Teilweise zu % ab Voll ab	☐ Ja ☐ Nein
13. Behandlungsabschluss	Wenn nein, voraussichtlich in Wochen Voll ab	☐ Ja, am ☐ Nein

Ort und Datum	Stempel und Unterschrift
Geht an: Erstbehandl. Arzt/Spital -> Versicherungsgesell.	

Schadennummer:

Unfallschein UVG

1. Arbeitgeber .....

Telefon .....

Police-Nr. .....

Geburtsdatum .....

AHV-Nummer .....

2. Verunfallte Person .....

Üblicher Arbeitsplatz d. Verletzten (Betriebszweig) .....

Unfalldatum .....

Hinweis 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 Ihrer Versicherung in Verbindung setzen.

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%, bzw. 90% des versicherten Verdienstes. Über die Auszahlung orientiert die Mitteilung, die jedem Versicherten bei der Übernahme des Unfalls zugestellt wird.

Eintragungen des Arztes

Datum		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
und Zeit des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	Grad	gültig ab	
		%		
		%		
		%		
		%		
		%		
		%		
		%		
		%		
		%		
		%		

* Evtl. Bemerkungen zur Teilzeitsarbeitsfähigkeit				
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 endigte am

Stempel und Unterschrift des Arztes:

Geht an:

Verletzter -> Arbeitgeber -> arc GROUP AG -> Versicherungsgesellschaft

Schadennummer:

Apothekerschein UVG

1. Arbeitgeber .....

Telefon .....

Police-Nr. .....

Geburtsdatum .....

AHV-Nummer .....

2. Verunfallte Person .....

Üblicher Arbeitsplatz d. Verletzten (Betriebszweig) .....

Unfalldatum .....

Hinweis 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 sollen 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.

Hinweis für den Apotheker

Eine Ubernahme 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 Apotherkerschein.

Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis Fr.
	Total CHF	**0.00**

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

Einen neuen Apotherkerschein 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 Aptheke:

Bitte freilassen für Eintragungen der Versicherungsgesellschaft

Bitte Rezepte beilegen

Geht an:

Verletzter -> Arbeitgeber -> arc GROUP AG -> Versicherungsgesellschaft

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

Abrechnung über OFAC?

Formulardaten via Email senden

Dokument drucken