



Unfallmeldung

Schadennummer Unfall (Arbeitsunfähigkeit mehr als 3 Tage)

Policennummer / Vers.

Arbeitgeber

Name Adresse mit PLZ

Kontaktperson / Tel. (Mail) PC- oder Bankkonto

Verletzte Person

Name und Vorname m w Geburtsdatum / AHV-Nr.

Strasse und Nr. Nationalität / Zivilstand

PLZ und Ort Telefon, Mobile

E-Mail Kinder bis 18 J. oder in Ausbildung bis 25 J. keine ja, Anz.

Krankenkasse PC- oder Bankkonto

Anstellung

Ausgeübter Beruf Angestellt seit Stellung

Üblicher Arbeitsplatz Arbeitseinsatz Beschäftigungsgrad %

Betriebsübliche Arbeitszeit Std. / Woche Arbeitszeit des Verletzten Std. / Woche unbefristeter Arbeitsvertrag

Unfall Datum / Uhrzeit

Wo ereignete sich der Unfall (Ort/Stelle)

Unfallbeschreibung (Tätigkeit zur Zeit des Unfalles, Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe)

Wurde ein Polizeirapport erstellt? ja nein Wer hat die Abklärung durchgeführt?

Wurden Zeugen befragt? ja nein Name der Zeugen

Nichtberufsunfall: Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet? Datum / Uhrzeit

Arbeit infolge des Unfalles ausgesetzt? ja nein ab wann? Datum / Uhrzeit zu %

Verletzung

Betroffenes Körperteil li re Art der Verletzung

Erstbehandelnder Arzt/Spital Nachbehandelnder Arzt

Lohn

	pro Stunde	pro Monat	pro Jahr
Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kinder- / Familienzulagen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ferien- / Feiertagsentschädigung (in % oder CHF)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andere Lohnzulagen:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gratifikation / 13. Monatslohn, und weitere (in % oder CHF)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Quellensteuerpflichtig? ja nein

Sonderfälle Familienmitglied Gesellschafter Freiwillige Unternehmensversicherung

Weitere Arbeitgeber

Andere Sozialversicherungsleistungen Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, SUVA oder anderer oblig. Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?
 nein ja, wo?

Ort und Datum Unterschrift





Unfallmeldung

Schadensnummer Policennummer / Vers.

Arbeitgeber

Name Adresse mit PLZ
 Kontaktperson / Tel. (Mail) PC- oder Bankkonto

Verletzte Person

Name und Vorname m w Geburtsdatum / AHV-Nr.
 Strasse und Nr. Nationalität / Zivilstand
 PLZ und Ort Telefon, Mobile
 E-Mail Kinder bis 18 J. oder in Ausbildung bis 25 J. keine ja, Anz.
 Krankenkasse PC- oder Bankkonto

Anstellung

Ausgeübter Beruf Angestellt seit Stellung
 Üblicher Arbeitsplatz Arbeitseinsatz Beschäftigungsgrad %
 Betriebsübliche Arbeitszeit Std. / Woche Arbeitszeit des Verletzten Std. / Woche unbefristeter Arbeitsvertrag

Unfall

Datum / Uhrzeit

Wo ereignete sich der Unfall (Ort/Stelle)

Unfallbeschreibung (Tätigkeit zur Zeit des Unfalles, Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe)

Wurde ein Polizeirapport erstellt? ja nein Wer hat die Abklärung durchgeführt?

Wurden Zeugen befragt? ja nein Name der Zeugen

Nichtberufsunfall: Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet? Datum / Uhrzeit

Arbeit infolge des Unfalles ausgesetzt? ja nein ab wann? Datum / Uhrzeit zu %

Verletzung

Betroffenes Körperteil li re Art der Verletzung
 Erstbehandelnder Arzt/Spital Nachbehandelnder Arzt

Lohn

	pro Stunde	pro Monat	pro Jahr
Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)			
Kinder- / Familienzulagen			
Ferien- / Feiertagsentschädigung (in % oder CHF)			
Andere Lohnzulagen:			
Gratifikation / 13. Monatslohn, und weitere (in % oder CHF)			

Quellensteuerpflichtig? ja nein

Sonderfälle Familienmitglied Gesellschafter Freiwillige Unternehmensversicherung

Weitere Arbeitgeber

Andere Sozialversicherungsleistungen Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, SUVA oder anderer oblig. Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?

nein ja, wo?

Ort und Datum Unterschrift

Arztzeugnis

Schadenummer Policennummer / Vers.

Arbeitgeber

Name Adresse mit PLZ
Kontaktperson / Tel. (Mail) PC- oder Bankkonto

Verletzte Person

Name und Vorname m w Geburtsdatum / AHV-Nr.
Strasse und Nr. Nationalität / Zivilstand
PLZ und Ort Telefon, Mobile
E-Mail Kinder bis 18 J. oder in Ausbildung bis 25 J. keine ja, Anz.
Krankenkasse PC- oder Bankkonto

Unfall

Datum / Uhrzeit

Erstbehandlung

Datum während der Sprechstunde ausserhalb der Sprechstunde
 am Unfallort in der Wohnung des Patienten

Angaben des Patienten

Unfallhergang und Beschwerden? Rückfall

Allgemeinzustand

Besondere Wahrnehmungen (Gemütsverfassung, Alkohol, Drogen usw.)

Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Körperanomalien (Invalidität)

Befund

Röntgenbefund

Diagnose

Kausalität

Liegen ausschliesslich Unfallfolgen vor? ja nein, Begründung:

Therapie

Was haben Sie bisher veranlasst?

Schlagen Sie besondere Massnahmen vor?

Ist der Patient hospitalisiert? nein ja, wo?

Arbeitsunfähigkeit nein ja, zu % ab Voraussichtlich bis

Arbeitsaufnahme nein ja, Teilweise zu % ab Voll ab

Behandlungsabschluss nein, voraussichtlich in Wochen ja, am

Ort und Datum

Unterschrift des Arztes



Apothekerschein

Schadenummer <input type="text"/>	Policennummer / Vers. <input type="text"/>
--	---

Arbeitgeber

Name <input type="text"/>	Strasse, PLZ und Ort <input type="text"/>
Kontaktperson / Tel. (Mail) <input type="text"/>	PC- oder Bankkonto <input type="text"/>

Verletzte Person

Name und Vorname <input type="text"/> <input type="radio"/> m <input type="radio"/> w	Geburtsdatum / AHV-Nr. <input type="text"/>
Strasse und Nr. <input type="text"/>	Nationalität / Zivilstand <input type="text"/>
PLZ und Ort <input type="text"/>	Telefon, Mobile <input type="text"/>
E-Mail <input type="text"/>	Kinder bis 18 J. oder in Ausbildung bis 25 J. <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> ja, Anz. <input type="text"/>
Krankenkasse <input type="text"/>	PC- oder Bankkonto <input type="text"/>

Unfall

Datum / Uhrzeit

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.
Bitte beziehen Sie alle Medikamente vom gleichen Apotheker, dem Sie diesen Schein abgegeben haben. 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
TOTAL		

Senden Sie diese Rechnung bitte nach Abschluss der Behandlung - Spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum - an:

INTUS AG Industriestrasse 7, Postfach 427, 8910 Affoltern a.A.

Einen neuen Apothekerschein können Sie bei INTUS AG bestellen, wenn
- der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht
- nach Ablauf von 3 Monaten weitere Medikamente benötigt werden

Bitte Rezepte beilegen

Abrechnung über OFAC?

PC- oder Bankkonto

Unfallschein

Schadensnummer

Policennummer / Vers.

Arbeitgeber

Name

Strasse, PLZ und Ort

Kontaktperson / Tel. (Mail)

PC- oder Bankkonto

Verletzter Person

Name und Vorname m w

Geburtsdatum / AHV-Nr.

Strasse und Nr.

Nationalität

PLZ und Ort

Zivilstand

Telefon / E-Mail

Kinder bis 18 J. oder in Ausbildung bis 25 J. keine ja, Anz.

Krankenkasse

PC- oder Bankkonto

Unfall

Datum / Uhrzeit

Hinweise für den Verletzten

Wir bitten Sie, die **Schadensnummer** - 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. Bsp. öffentliches Verkehrsmittel):

Eintragungen des Arztes

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

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

Die ärztliche Behandlung endigte am:

Ort und Datum

Unterschrift des Arztes