

EAN-Nr. UVG: 7601003101362

Schadenmeldung UVG

☐ Unfall ☐ Zahnschaden ☐ Berufskrankheit ☐ Rückfall

Schaden-Nummer			
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	
	Police-Nr.		
	E-Mail		
Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)			
2. Verletzte/-r	Name und Vorname	Geburtsdatum	
	Strasse	AHV-Nummer	
	Tel.-Nr. (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit	
	PLZ, Wohnort	Zivilstand	
Kinder bis 18 Jahre/in Ausbildung bis 25 Jahre ☐ ja ☐ nein			
Name und Adresse der Krankenkasse			
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf	
	Stellung: ☐ Höheres Kader ☐ Mittleres Kader ☐ Angestellte/-r oder Arbeiter/-in ☐ Lehrling ☐ Praktikant/-in		
	Verhältnis: ☐ unbefristeter Arbeitsvertrag ☐ befristeter Arbeitsvertrag bis _____ ☐ Arbeitsverhältnis gekündigt per _____		
	Arbeitszeit der/des Verletzten (Stunden je Woche): _____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ %		
Betriebsübliche Vollarbeitszeit (Stunden je Woche): _____ Arbeitseinsatz: ☐ unregelmässig ☐ Kurzarbeit			
4. Unfalldatum	Tag	Monat	
Jahr			
Zeit (Stunden, Minuten)			
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse)		
6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung, Verdacht auf Be- rufskrankheit)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge		
	Beteiligte Person(-en): _____ Zeugen: _____		
Besteht ein Polizeirapport? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt			
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)		
8. Nichtberufsunfall	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?		
Grund der Absenz: _____			
9. Verletzung	Betroffener Körperteil: _____ ☐ links ☐ rechts ☐ unbestimmt		
Art der Schädigung: _____			
10. Arbeitsunfähig- keit	Arbeit als Folge des Unfalls ausgesetzt? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, ab wann?		
	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit ☐ länger als ein Monat	Falls Arbeit wieder aufgenommen: Ab wann? ☐ ganz ☐ teilweise	
11. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	
12. Lohn	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: _____			
13. Sonderfälle	☐ Freiwillige Untermögensversicherung ☐ Familienmitglied ☐ Gesellschafter ☐ Quellensteuerpflichtig		
	☐ Weitere(-r) Arbeitgeber: _____		
14. Andere Sozial- versicherungs- leistungen	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

EAN-Nr. UVG: 7601003101362

Schadenmeldung UVG
Doppel für den Arbeitgeber
☐ Unfall ☐ Zahnschaden ☐ Berufskrankheit ☐ Rückfall

		Schaden-Nummer		
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.
			E-Mail	
			Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verletzte/-r	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		Tel.-Nr. (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit
	PLZ, Wohnort		Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre/in Ausbildung bis 25 Jahre ☐ ja ☐ nein
	Name und Adresse der Krankenkasse			
3. Anstellung	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf	
	Stellung: ☐ Höheres Kader ☐ Mittleres Kader ☐ Angestellte/-r oder Arbeiter/-in ☐ Lehrling ☐ Praktikant/-in			
	Verhältnis: ☐ unbefristeter Arbeitsvertrag ☐ befristeter Arbeitsvertrag bis _____ ☐ Arbeitsverhältnis gekündigt per _____			
	Arbeitszeit der/des Verletzten (Stunden je Woche): _____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ % Betriebsübliche Vollarbeitszeit (Stunden je Woche): _____ Arbeitseinsatz: ☐ unregelmässig ☐ Kurzarbeit			
4. Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse)			
6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung, Verdacht auf Berufskrankheit)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
	Beteiligte Person(-en): _____ Zeugen: _____ Besteht ein Polizeirapport? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt			
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
8. Nichtberufsunfall	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? Bis: _____ Grund der Absenz: _____			
9. Verletzung	Betroffener Körperteil:		☐ links ☐ rechts ☐ unbestimmt	
10. Arbeitsunfähigkeit	Arbeit als Folge des Unfalls ausgesetzt? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, ab wann?			
	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit ☐ länger als ein Monat		Falls Arbeit wieder aufgenommen: Ab wann? _____ ☐ Ganz ☐ Teilweise	
11. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	
12. Lohn	CHF pro		Stunde	Monat
	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: _____			
13. Sonderfälle	☐ Freiwillige Untermögensversicherung ☐ Familienmitglied ☐ Gesellschafter ☐ Quellensteuerpflichtig ☐ Weitere(-r) Arbeitgeber: _____			
14. Andere Sozialversicherungsleistungen	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

Laurstrasse 10 | 5201 Brugg | Tel. +41 (0)56 461 71 11 | info@agrisano.ch | www.agrisano.ch

EAN-Nr. UVG: 7601003101362

Arztzeugnis UVG

☐ Unfall ☐ Zahnschaden ☐ Berufskrankheit ☐ Rückfall

Schaden-Nummer

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.
			E-Mail	
			Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
Verletzte/-r	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		Tel.-Nr. (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit
	PLZ, Wohnort		Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre/in Ausbildung bis 25 Jahre ☐ ja ☐ nein
	Name und Adresse der Krankenkasse			
Anstellung	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf	
	Stellung: ☐ Höheres Kader ☐ Mittleres Kader ☐ Angestellte/-r oder Arbeiter/-in ☐ Lehrling ☐ Praktikant/-in			
	Verhältnis: ☐ unbefristeter Arbeitsvertrag ☐ befristeter Arbeitsvertrag bis _____ ☐ Arbeitsverhältnis gekündigt per _____			
	Arbeitszeit der/des Verletzten (Stunden je Woche): _____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ % Betriebsübliche Vollarbeitszeit (Stunden je Woche): _____ Arbeitseinsatz: ☐ unregelmässig ☐ Kurzarbeit			
Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
1. Erst-behandlung	Tag	Monat	Jahr	Zeit ☐ während ☐ ausserhalb der Sprechstunde ☐ am Unfallort ☐ in der Wohnung des Patienten
2. Angaben des Patienten	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?			
3. Allgemein-zustand	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. Arbeits-unfähigkeit	☐ Ja	zu	% ab	voraussichtlich bis
9. Arbeits-aufnahme	☐ Ja	teilweise zu	% ab	voll ab
10. Behandlungs-abschluss	☐ Ja	am		
	☐ Nein	- voraussichtlich in	Wochen	

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Geht an:

Erstbehandelnden Arzt → Agrisano Krankenkasse AG

Laurstrasse 10 | 5201 Brugg | Tel. +41 (0)56 461 71 11 | info@agrisano.ch | www.agrisano.ch

EAN-Nr. UVG: 7601003101362

Apothekerschein UVG

Bitte Schadennummer hier vermerken →

Arbeitgeber		Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Schaden-Nummer
				Police-Nr.	
				E-Mail	
				Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
Verletzte/-r		Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
		Strasse			
		PLZ, Wohnort			

Unfalldatum	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 abgegeben 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.
Bitte Rezepte beilegen		Total	

Senden Sie diese Rechnung bitte nach Abschluss der Behandlung – spätestens aber drei Monate nach Unfalldatum – an die oben 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 Krankenkasse AG

Unfallschein UVG

Bitte Schadennummer hier vermerken

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.
			E-Mail	
			Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verletzte/-r	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		Tel.-Nr. (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit
	PLZ, Wohnort		Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre/in Ausbildung bis 25 Jahre ☐ ja ☐ nein
	Name und Adresse der Krankenkasse			
3. Anstellung	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf	
	Stellung: ☐ Höheres Kader ☐ Mittleres Kader ☐ Angestellte/-r oder Arbeiter/-in ☐ Lehrling ☐ Praktikant/-in Verhältnis: ☐ unbefristeter Arbeitsvertrag ☐ befristeter Arbeitsvertrag bis _____ ☐ Arbeitsverhältnis gekündigt per _____			
	Arbeitszeit der/des Verletzten (Stunden je Woche): _____		Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ %	
	Betriebsübliche Vollarbeitszeit (Stunden je Woche): _____		Arbeitseinsatz: ☐ unregelmässig ☐ Kurzarbeit	
4. Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)

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

[illegible]

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

FOSM0914D

Stempel des Arztes

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