|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Gesellschaft | Versicherer |       | Police Nr. |       |
|  |  |  | Schaden Nr. |       |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Arbeitgeber | Name |       |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Verunfallter  | Name |       | Vorname |       |
| **Mitarbeiter** | Strasse |       | PLZ / Ort |       |
|  | Geb.Dat. |       |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Unfallereignis | Datum |       |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Hinweise für die verunfallte Person

Dieser **Unfallschein** bleibt während der Dauer der Genesung in Ihren Händen, er ist dem Arzt bei jedem Besuch vorzulegen und danach 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.

Die obligatorische Unfallversicherung gemäss UVG übernimmt die Kosten der allgemeinen Abteilung. Für die Dauer des **Spitalaufenthalts** kann vom Taggeld ein Betrag an die Unterhaltungskosten 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 obligatorischen 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 angepasstes, preisgünstiges Transportmittel (z.B. öffentliches Verkehrsmittel).

Eintragungen des Arztes

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Erfolgter Besuch (Datum, Zeit) | Grad der Arbeitsunfähigkeit | Gültig ab | Visum Arzt |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Ort, Datum Unterschrift Mitarbeiter

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_