









## Unfallschein UVG

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name		Schaden-Nummer	
	Adresse			Vertrags-Nummer
	PLZ / Wohnort		Tel.-Nr.	
	Mail		Fax-Nr.	

<b>2. Verletzte/r</b>	Name, Vorname			
	Adresse			
	PLZ / Wohnort			
	Geburtsdatum		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
	Telefon-Nr. / Natel-Nr.			
	Mail			

--

<b>4. Unfall</b>	Datum (tt.mm.jjjj)		Zeit (ss:mm)	
------------------	--------------------	--	--------------	--

### Hinweise für die verletzte Person

Dieser Unfallschein bleibt während der Dauer der Genesung in Ihren Händen; er ist dem Arzt bei jedem Besuch vorzulegen. Nach Abschluss der Behandlung übergeben Sie bitte diesen Schein Ihrem Arbeitgeber. Er wird darauf das Datum der Wiederaufnahme der Arbeit eintragen und ihn unverzüglich der Agentur der "COURTIERXX" übermitteln.

Sollte die Arbeitsunfähigkeit mehr als einen Monat dauern, ist eine Kopie des vorliegenden Scheins am Ende jedes Monats der Agentur der "COURTIERXX" zuzustellen.

**Arztwechsel:** Bei einem allfälligen Arztwechsel wollen Sie sich unverzüglich mit der "COURTIERXX" in Verbindung setzen.

**Spitalbehandlung:** Als obligatorische Unfallversicherung übernimmt die "COURTIERXX" die Kosten der allgemeinen Abteilung, unter Vorbehalt der Deckung einer Zusatzversicherung. Einen Anteil an die Pensionskosten gemäss Art. 27 UVV wird bei den Patienten ohne Kinder und ohne Deckung einer UVG-Zusatzversicherung erhoben (max. CHF 20.- für Alleinstehende, max. CHF 10.- für Verheiratete).

**Anspruch auf Taggeld** besteht ab dem 3. Tag nach dem Unfall. Unter Vorbehalt der Deckung einer allfälligen UVG-Zusatzversicherung beträgt das Taggeld 80% des versicherten Verdienstes. Über die Auszahlung orientiert die Mitteilung, die jeder versicherten Person bei Anerkennung der Leistungspflicht zugestellt wird.

**Reise- und Transportkosten:** Die notwendigen Reise- und Transportkosten werden Ihnen zurückerstattet. Wählen Sie bitte ein den Verhältnissen angemessenes, preisgünstiges Transportmittel (z.B. öffentliches Verkehrsmittel).

	Konsultationen Datum und Zeit		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
	Nächste	erfolgte	%	ab	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
Die ärztliche Behandlung endete am :					
Stempel des Arztes					