



# Unfallmeldung UVG

Finanzdirektion Kanton Zürich

<b>Vermerke der Lohnadministration</b>	Mandant	Personalnummer	Schaden-Nr. des Arbeitgebers	Schaden-Nr. der AXA
<b>1. Arbeitgeber</b>	Bezeichnung der Amtsstelle bzw. des Betriebes		Tel.	Police-Nr.
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)			
<b>2. Verletzter/ Versicherter</b>	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nr.
	Strasse		Tel.	Heimatort
	Plz, Ort	Zivilstand	Nationalität	Kinder bis 18 J. oder in Ausbildung bis 25 J.
	E-Mail (G)		Anzahl	<input type="checkbox"/> keine
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/> gelernt	<input type="checkbox"/> angelernt
			<input type="checkbox"/> ungelernt	<input type="checkbox"/> Lehrling
<b>4. Unfalldatum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min)
<b>5. Unfallort</b>	Wo ereignete sich der Unfall? (Ort/Stelle)			
<b>6. Unfallbeschreibung</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe			
<b>7. Abklärung</b>	Wer hat die Abklärung durchgeführt?		Namen der Zeugen?	Wurden Sie befragt?
	Untersuchung erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>8. Nichtbetriebsunfall</b>	Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals bei wem gearbeitet?			
	Datum	Zeit	Beim Arbeitgeber gem. Ziffer 1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>9. Weitere Arbeitgeber</b>	Firma		Adresse	
<b>10. Verletzung</b>	Betroffener Körperteil (links/rechts)		Art der Schädigung	
<b>11. Arbeitsunfähigkeit</b>	Arbeit zufolge Unfalls ausgesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Wenn ja, ab wann? (Datum und Zeit)	
<b>12. Arztadressen</b>	Erstbehandelnder Arzt/Spital		Nachbehandelnder Arzt/Spital	
<b>Fragen 13 bis 15 werden durch die Lohnadministration ausgefüllt.</b>				
<b>13. Arbeitszeit des Verletzten</b>	Tage je Woche	Stunden je Woche	Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden	Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit
	Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ %			
<b>14. Lohn</b>	CHF pro		<b>Std.</b>	<b>Tag</b>
Barlohn	Grundlohn (brutto)			
	Teuerungszulage			
	Akkord/Provision			
	Kinder-/Familienzulagen			
	Ferien-/Feiertagsentschädigung	% oder		
	Andere Lohnzulagen (Art)	% oder		
	Gratifikation/13. Monatslohn			
Naturallohn	Art			
<b>Sonderfälle</b>	<input type="checkbox"/> Familienmitglied	<input type="checkbox"/> Gesellschafter	<input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter	<input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/> Quellensteuerpflichtig
<b>15. Ergänzungsversicherung</b>	Ergänzungsversicherung		Wenn ja, seit wann?	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
<b>16. Andere Sozialversicherungsleistungen</b>	Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenversicherung, obligatorischer Unfallversicherung, AHV/IV, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?			
	Wenn ja, wo?			
	Name der obligatorischen Krankenversicherung			
Ort und Datum	Unterschrift des Versicherten/Verletzten		Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers	

Geht an:

➡ Lohnadministration ➡ AXA, Schaden Zürich, Postfach, 8027 Zürich



# Unfallmeldung UVG Doppel für den Arbeitgeber

Finanzdirektion Kanton Zürich

<b>Vermerke der Lohnadministration</b>	Mandant	Personalnummer	Schaden-Nr. des Arbeitgebers	Schaden-Nr. der AXA
<b>1. Arbeitgeber</b>	Bezeichnung der Amtsstelle bzw. des Betriebes		Tel.	Police-Nr.
			Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
<b>2. Verletzter/ Versicherter</b>	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nr.
	Strasse		Tel.	Heimatort
	Plz, Ort		Zivilstand	Nationalität
	E-Mail (G)		Kinder bis 18 J. oder in Ausbildung bis 25 J. Anzahl <input type="checkbox"/> keine	
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> ungelernt	<input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> Lehrling
<b>4. Unfalldatum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min)
<b>5. Unfallort</b>	Wo ereignete sich der Unfall? (Ort/Stelle)			
<b>6. Unfallbeschreibung</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe			
<b>7. Abklärung</b>	Wer hat die Abklärung durchgeführt?		Namen der Zeugen?	Wurden Sie befragt?
	Untersuchung erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>8. Nichtbetriebsunfall</b>	Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals bei wem gearbeitet?			
	Datum	Zeit	Beim Arbeitgeber gem. Ziffer 1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>9. Weitere Arbeitgeber</b>	Firma		Adresse	
<b>10. Verletzung</b>	Betroffener Körperteil (links/rechts)		Art der Schädigung	
<b>11. Arbeitsunfähigkeit</b>	Arbeit zufolge Unfalls ausgesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Wenn ja, ab wann? (Datum und Zeit)	
<b>12. Arztadressen</b>	Erstbehandelnder Arzt/Spital		Nachbehandelnder Arzt/Spital	
<b>Fragen 13 bis 15 werden durch die Lohnadministration ausgefüllt.</b>				
<b>13. Arbeitszeit des Verletzten</b>	Tage je Woche	Stunden je Woche	Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden	Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit
				Vertraglicher Beschäftigungsgrad: %
<b>14. Lohn</b>			CHF pro	<b>Std.</b> <b>Tag</b> <b>Monat</b> <b>Jahr</b>
Barlohn	Grundlohn (brutto)			
	Teuerungszulage			
	Akkord/Provision			
	Kinder-/Familienzulagen			
	Ferien-/Feiertagsentschädigung		% oder	
	Andere Lohnzulagen (Art)		% oder	
	Gratifikation/13. Monatslohn			
Naturallohn	Art			
<b>Sonderfälle</b>	<input type="checkbox"/> Familienmitglied	<input type="checkbox"/> Gesellschafter	<input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter	<input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/> Quellensteuerpflichtig
<b>15. Ergänzungsversicherung</b>	Ergänzungsversicherung		Wenn ja, seit wann?	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>16. Andere Sozialversicherungsleistungen</b>	Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenversicherung, obligatorischer Unfallversicherung, AHV/IV, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?			
	Wenn ja, wo?			
	Name der obligatorischen Krankenversicherung			
Ort und Datum	Unterschrift des Versicherten/Verletzten		Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers	

Geht an:

⇒ Lohnadministration







# Arztzeugnis UVG

Finanzdirektion Kanton Zürich

<b>Vermerke der Lohnadministration</b>	Mandant	Personalnummer	Schaden-Nr. des Arbeitgebers	Schaden-Nr. der AXA
<b>1. Arbeitgeber</b>	Bezeichnung der Amtsstelle bzw. des Betriebes		Tel.	Police-Nr.
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)			
<b>2. Verletzter/ Versicherter</b>	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nr.
	Strasse		Tel.	Heimatort
	Plz, Ort		Zivilstand	Nationalität
	E-Mail (G)		Kinder bis 18 J. oder in Ausbildung bis 25 J. Anzahl	
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit		
<b>4. Unfalldatum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min)
<b>Erstbehandlung</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min)
			<input type="checkbox"/> während	<input type="checkbox"/> ausserhalb der Sprechstunde
			<input type="checkbox"/> am Unfallort	<input type="checkbox"/> in der Wohnung des Patienten
<b>Angaben des Patienten</b>	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?			
	_____			
	_____			
	_____			
<b>Allgemeinzustand</b>	a) Besondere Wahrnehmungen (Gemütsverfassung, Alkohol, Drogen, usw.)			
	_____			
	b) Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Körperanomalien (Invalidität)			
	_____			
<b>Befund</b>	_____			
	_____			
	_____			
	_____			
	_____			
	Röntgenbefund: _____			
	_____			
<b>Diagnose</b>	_____			
	_____			
	_____			
<b>Kausalität</b>	Liegen ausschliesslich Unfallfolgen vor?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn nein, bitte begründen:			
	_____			
<b>Therapie</b>	a) Was haben Sie bisher veranlasst?			
	_____			
	b) Schlagen Sie besondere Massnahmen vor?			
	_____			
	c) Ist der Patient Hospitalisiert?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, wo?			
<b>Arbeitsunfähigkeit</b>	<input type="checkbox"/> ja	zu _____ %	ab _____	Voraussichtlich bis: _____
	<input type="checkbox"/> nein			
<b>Arbeitsaufnahme</b>	<input type="checkbox"/> ja	zu _____ %	ab _____	Voll ab: _____
	<input type="checkbox"/> nein			
<b>Behandlungsabschluss</b>	<input type="checkbox"/> ja	am _____		
	<input type="checkbox"/> nein	voraussichtlich in _____	Wochen	
	Ort und Datum		Stempel und Unterschrift des Arztes	
	_____		_____	

Geht an:

⇒ Verletzten    ⇒ Arzt    ⇒ AXA, Schaden Zürich, Postfach, 8027 Zürich