

FAQ für das Online-Formular PrestOpen Krankheit/Unfall:

Pflichtfelder

Tab «Arbeitgeber»

Um uns eine Schadenmeldung online zukommen zu lassen, müssen Sie folgende Felder ausfüllen:

- Nummer des Versicherungsnehmers
- Arbeitgeber
- E-Mail

Sie kommen mit Ihrer Online-Meldung nicht weiter, weil rechts rote Meldungen angezeigt werden?

Die roten Meldungen weisen auf Pflichtfelder hin.

Kontrolle

Arbeitgeber

⇒ IBAN-Nr / Postkonto : wünschenswert

⊕ Arbeitgeber : obligatorisch

Klicken Sie einfach auf den roten Kommentar, in diesem Beispiel auf «Arbeitgeber: obligatorisch», und Sie werden automatisch zum Feld weitergeleitet, das noch ausgefüllt werden muss.

Ein violetter Kommentar weist Sie auf empfohlene Angaben hin

Es handelt sich dabei zwar nicht um Pflichtangaben, es wird aber dennoch empfohlen, diese Felder auszufüllen. Wenn Sie diese Angaben machen, kann der Fall deutlich schneller bearbeitet und eine allfällige Entschädigung somit auch schneller ausgezahlt werden.

Eingabehilfe

Im Tab «Arbeitgeber» finden Sie das Feld «Dossierreferenznummer für den Arbeitgeber»

Dort können Sie die interne Referenz Ihres Absenzenverwaltungssystems angeben.

Adresse Ihres Mitarbeiters:

Wenn Sie die Adresse Ihres Mitarbeiters eingeben und sein Wohnsitz sich im Ausland befindet, ändern Sie bitte das Feld «Land» (es ist z. B. nicht möglich, eine 5-stellige PLZ für die Schweiz einzugeben).

Wie erfasst man einen Bagatellfall?

Zum Erfassen eines Bagatellfalls verwenden Sie bitte dieses [Online-Formular \(UVG\)](#). Zwischen einem Bagatellfall und einem Fall mit Taggeldanspruch (KTG) wird im Tab «Verletzungen» im Absatz «Arbeitsunfähigkeit» differenziert.

Je nach Ihrer Wahl erhalten Sie 4 oder 6 Blätter (siehe «Welche Dokumente erhalte ich?») in Ihrem Bestätigungs-PDF, das Ihnen nach Abschluss der Eingabe zugeschickt wird.

Erfassen der Anzahl wöchentlicher Arbeitsstunden:

Beispiel: Für einen Mitarbeiter, der 60% arbeitet, müssen Sie 25.20 Stunden eingeben (20 Hundertstel). Es ist nicht möglich, die Arbeitszeit in Stunden und Minuten anzugeben.

Wie gebe ich den genauen Ereignisort ein, wenn ich die Adresse nicht kenne?

Klicken Sie im Tab «Unfallhergang» unter «Genauer Ereignisort» auf

Der Schadenort ist nicht genau bekannt

So können Sie im Feld «Strasse» einen Ort eingeben, z. B. Fussballplatz Allmend, Kunsteisbahn Zuchwil usw.

Bei Bedarf können Sie im Feld «Unfallbeschreibung» noch näher auf den Schadenort eingehen.

Wie kann ich mehrere Verletzungen eingeben?

Im Tab «Verletzungen» muss die Hauptverletzung aus den Drop-down-Listen «Art der Verletzung» und «Betroffenes Körperteil» ausgewählt werden. Im Feld «Beschreibung der Verletzung» können Sie die Hauptverletzung näher beschreiben und Angaben zu möglichen weiteren Verletzungen machen.

Beschreibung der Verletzung

Beckenbruch
Bruch der linken Hand

Wann hat sich der Schaden ereignet?

Beim Unfalldatum handelt es sich um das Datum, an dem der Unfall passiert ist. Das Taggeld wird ab dem Folgetag des Unfalls bezahlt.

Welches Datum muss ich beim Beginn der Arbeitsunfähigkeit eingeben?

Gemäss Gesetz beginnt die Arbeitsunfähigkeit frühestens am Folgetag des Unfalls. Sie können auch ein zukünftiges Arbeitsunfähigkeitsdatum eingeben, z. B. wenn ein OP-Termin angesetzt wurde.

Eingabe des behandelnden Arztes:

Die Reihenfolge der Eingabe entspricht der Reihenfolge der konsultierten Ärzte.

Zusätzliche Informationen

Im Tab «Zusätzliche Informationen» können Sie Dokumente wie Arztzeugnisse, Fotos der Verletzungen oder Berichte bis zu max. 5 MB hochladen.

Arbeitgeber	Verletzte/r	Unfallhergang	Verletzungen	Zusätzliche Informationen
-------------	-------------	---------------	--------------	----------------------------------

▲ Dokumente anhängen

Sie können Schadenfotos oder andere Dokumente anfügen.
Daten Acrobat Reader (*.pdf), Bilddateien (*.jpg, *.bmp, *.png, *.tiff, *.gif),

📄 Dokumente

Platzieren Sie ihre Dateien in dieser Zone oder klicken sie auf den Button weiter unten.
Maximale Dateigrösse: 5 Mo
Dateityp autorisiert: png, jpg, jpeg, pdf, doc, docx, xlsx, xls, msg

+ durchsuchen...

Name	Typ	Grösse		
			👁	🗑

Die zusätzlichen Angaben (siehe auch unten im Tab «Zusätzliche Informationen») helfen uns dabei, Ihr Dossier schneller und effizienter zu bearbeiten.

"Sie haben auf folgende Informationen nicht geantwortet:

- (Arbeitgeber) IBAN-Nr / Postkonto : wünschenswert
- (Verletzte/r) IBAN-Nr / Postkonto : wünschenswert
- (Verletzte/r) AHV-Nummer : wünschenswert

Dies Informationen könnten uns bei der Bearbeitung Ihre Schadenanzeige nützlich sein. In besagtem Falle müssten wir Sie erneut kontaktieren, was zu einer Verzögerung in der Bearbeitung führen wird. "

Wenn Sie die Kontoverbindung angeben, können wir Entschädigungen – egal ob zu Ihren Gunsten oder zugunsten des Verletzten – schneller überweisen.

Welche Dokumente erhalte ich?

Im Bagatellfall:

4 Formulare: 1. Zusammenfassung der Schadenmeldung für den Arbeitgeber (Zusammenfassung mit Angaben), 2. Empfangsbestätigung für den Mitarbeiter (mit der Anschrift des Mitarbeiters; kann daher direkt an diesen geschickt werden) 3. Dokument für den Arzt (mit der internen Referenz des Patienten; früher «Arztschein») 4. Apothekerschein

Zahnschaden:

4 Blätter: (wie bei Bagatellfällen)

Bei einem Zahnschaden kann die Einnahme von Medikamenten notwendig sein (Blatt 4). Der Sachbearbeiter schickt einen Fragebogen/Antrag auf Kostenvoranschlag an den behandelnden Zahnarzt.

Schadenmeldung mit Taggeldanspruch:

6 Blätter: 1. Zusammenfassung der Schadenmeldung für den Arbeitgeber (Zusammenfassung mit Angaben), 2. Empfangsbestätigung für den Mitarbeiter (mit der Anschrift des Mitarbeiters; kann daher direkt an diesen geschickt werden) 3.+4. Ärztlicher Erstbericht (vom Arzt auszufüllen) 5. Apothekerschein 6. Unfallschein UVG (für den Verletzten)

Krankheit (Lohnausfall)

3 Blätter: 1. Zusammenfassung der Krankheitsanzeige (1 oder 2 Seiten ja nach den erfassten Angaben) 2. Kontrollblatt Arbeitsunfähigkeit

Wie gehe ich bei Zahnschäden vor?

Im Tab «Unfallhergang» klicken Sie unter «Ereignisart» auf Zahnschaden

Wenn Sie das Formular an die Vaudoise gesendet haben, erhalten Sie 4 Blätter (siehe oben) im PDF-Format.

Der Sachbearbeiter schickt einen Fragebogen/Antrag auf Kostenvoranschlag an den in der Unfallmeldung angegebenen Zahnarzt.

Was mache ich mit den Rechnungen bei Bagatellfällen?

Schicken Sie die Rechnungen zur Zahlung bitte an die angegebene Adresse.

Was mache ich bei Fällen mit Arbeitsunfähigkeit?

Bei Arbeitsunfähigkeit erhält der Verletzte einen Brief mit der Referenz des Sachbearbeiters. Dabei handelt es sich um ein Standardverfahren.

Allgemeine Fragen

Kann ich die erfassten Daten vor dem Senden speichern?

Nein, alle Angaben müssen in einer Sitzung ausgefüllt werden. Sie können sich dafür jedoch soviel Zeit nehmen, wie Sie wollen.

Kann ich die Angaben im Tab «Arbeitgeber» speichern?

Nein, das ist nicht möglich. Ob Sie Daten speichern können, hängt von Ihrem Browser ab (Chrome, Internet Explorer, Mozilla Firefox usw.) und von der Datenschutzpolitik Ihres Unternehmens (Speichern von Cookies, vom Verlauf usw.).

Bankverbindung (IBAN):

IBAN des Kunden:


Wenn Sie uns Ihre IBAN bereits mitgeteilt haben, müssen Sie diese bei jeder Schadenmeldung nicht neu erfassen. Es handelt sich dabei nicht um ein Pflichtfeld.

IBAN des Verletzten:

Die Angabe der IBAN im Tab «Verletzte/r» ist hingegen erforderlich, damit wir allfällige Leistungen direkt an Ihren Mitarbeiter überweisen können. Durch die Angabe der IBAN können wir den Fall schneller und effizienter bearbeiten.

Screenshots: Schadenmeldung (UVG) Bagatellfall und mit Taggeld (KTG)

1. Tab «Arbeitgeber»



Arbeitgeber | Verletzte/r | Unfallhergang | Verletzungen | Zusätzliche Informationen

▲ Identität

Nummer des Versicherungsnehmers (VN-Nr.) (Bsp. 654321 1700) Bsp. 2 /

Arbeitgeber

Dossierreferenznummer für den Arbeitgeber

Ansprechperson

E-Mail @

Telefon-Nr.


Auszufüllen nur bei Änderungen Ihrer Koordinaten / Kontaktinformationen

Strasse

PLZ / Ort

Telefon-Nr.

IBAN-Nr / Postkonto



2. Tab «Verletzte/r»

Arbeitgeber	Verletzte/r	Unfallhergang	Verletzungen	Zusätzliche Informationen
<p>▲ Identität</p> <hr/> <p>Anrede <input type="text" value="Herr"/></p> <p>Name <input type="text" value="Dfdfs"/></p> <p>Vorname <input type="text" value="Fdfs"/></p> <p>Geburtsdatum <input type="text" value="01.07.1986"/></p> <p>Nationalität <input type="text" value="Bitte wählen"/></p> <p>Zivilstand <input type="text" value="Bitte wählen"/></p> <p>Sprache <input type="text" value="Deutsch"/></p> <hr/> <p>Adresse <input type="text"/></p> <p>z. Hd. <input type="text"/></p> <p>Strasse <input type="text" value="dfdfs"/></p> <p>PLZ / Ort <input type="text" value="1320"/> <input type="text" value="dfdf"/></p> <p>Land <input type="text" value="Schweiz"/></p> <hr/> <p>Privatnummer / Handynummer <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>E-Mail <input type="text"/></p> <p>IBAN-Nr / Postkonto <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AHV-Nummer <input type="text"/></p> <p>Unterhaltspflichtige Kinder <input type="text"/></p> <hr/> <p>▲ Arbeitsvertrag</p> <hr/> <p>Beruf <input type="text" value="dfsdfs"/></p> <p>üblicher Arbeitsbereich <input checked="" type="checkbox"/> Betrieb <input type="checkbox"/> Büro <input type="checkbox"/> Technik <input type="checkbox"/> Verkauf</p> <p>Funktion <input checked="" type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Praktikant <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Lehrling</p> <p>Arbeitsvertrag <input checked="" type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> gekündigt</p> <p>Anstellungsdatum <input type="text" value="01.07.2016"/></p> <p>Eigenheiten <input type="checkbox"/> Saisonarbeiter <input type="checkbox"/> Grenzgänger</p> <hr/> <p>Betrifft nur die UVG-Zusatzversicherungen. Sind die Versicherungsgarantien der Mitarbeitenden (Kader, Teamchefs etc.) unterschiedlich, bitte präzisieren:</p> <hr/> <p>Versicherte Personenkategorie gemäss Vertrag <input type="text" value="Bitte wählen"/></p>				

▲ Arbeitszeit

Beschäftigungsgrad (%)	<input type="text" value="100"/>
Arbeitseinsatz	<input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig
Anzahl wöchentlicher Arbeitsstunden	
des Verletzten	<input type="text"/>
der Unternehmung	<input type="text"/>
Arbeitslosigkeit	<input type="radio"/> Nein <input checked="" type="radio"/> teilweise <input type="radio"/> Total

▲ Weitere Arbeitgeber

Wenn der/die Versicherte einer anderen entgeltlichen Tätigkeit nachgeht, bitten wir Sie diesen Arbeitgeber ebenfalls anzugeben.

Andere Arbeitgeber?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> unbekannt
---------------------	---

3. Tab «Unfallhergang»

Arbeitgeber	Verletzte/r	Unfallhergang	Verletzungen	Zusätzliche Informationen																																		
<p>▲ Ereignis</p> <hr/> <table> <tr> <td>Ereignisart</td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Berufskrankheit </td> <td> <input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Rückfall </td> </tr> <tr> <td>Ereignisdatum</td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Das genaue Datum ist nicht bekannt </td> </tr> <tr> <td>Datum</td> <td colspan="2"> <input type="text" value="01.07.2016"/> </td> </tr> <tr> <td>Zeit (Bsp. 14:30, 8:00)</td> <td colspan="2"> <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td>Genauer Ereignisort</td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Der Schadenort ist nicht genau bekannt </td> </tr> <tr> <td>Strasse</td> <td colspan="2"> <input type="text" value="xyzxyz"/> </td> </tr> <tr> <td>PLZ / Ort</td> <td> <input type="text" value="1234"/> </td> <td> <input type="text" value="Abcd"/> </td> </tr> <tr> <td>Land</td> <td colspan="2"> <input type="text" value="Schweiz"/> </td> </tr> <tr> <td>Unfallbeschreibung</td> <td colspan="2"> <input type="text" value="rtzu"/> </td> </tr> <tr> <td>Unfallart</td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> Berufsunfall </td> <td> <input type="checkbox"/> Nichtberufsunfall </td> </tr> <tr> <td>Polizeirapport</td> <td> <input type="radio"/> Ja </td> <td> <input type="radio"/> Nein </td> <td> <input type="radio"/> Unbekannt </td> </tr> </table>					Ereignisart	<input checked="" type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Rückfall	Ereignisdatum	<input type="checkbox"/> Das genaue Datum ist nicht bekannt		Datum	<input type="text" value="01.07.2016"/>		Zeit (Bsp. 14:30, 8:00)	<input type="text"/>		Genauer Ereignisort	<input type="checkbox"/> Der Schadenort ist nicht genau bekannt		Strasse	<input type="text" value="xyzxyz"/>		PLZ / Ort	<input type="text" value="1234"/>	<input type="text" value="Abcd"/>	Land	<input type="text" value="Schweiz"/>		Unfallbeschreibung	<input type="text" value="rtzu"/>		Unfallart	<input checked="" type="checkbox"/> Berufsunfall	<input type="checkbox"/> Nichtberufsunfall	Polizeirapport	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Unbekannt
Ereignisart	<input checked="" type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Rückfall																																				
Ereignisdatum	<input type="checkbox"/> Das genaue Datum ist nicht bekannt																																					
Datum	<input type="text" value="01.07.2016"/>																																					
Zeit (Bsp. 14:30, 8:00)	<input type="text"/>																																					
Genauer Ereignisort	<input type="checkbox"/> Der Schadenort ist nicht genau bekannt																																					
Strasse	<input type="text" value="xyzxyz"/>																																					
PLZ / Ort	<input type="text" value="1234"/>	<input type="text" value="Abcd"/>																																				
Land	<input type="text" value="Schweiz"/>																																					
Unfallbeschreibung	<input type="text" value="rtzu"/>																																					
Unfallart	<input checked="" type="checkbox"/> Berufsunfall	<input type="checkbox"/> Nichtberufsunfall																																				
Polizeirapport	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Unbekannt																																			
<p>▲ Zeugen +</p> <hr/> <div style="background-color: #e0f0ff; padding: 5px; border: 1px solid #add8e6;"> <p>Bitte geben Sie die Identität allfälliger Zeugen an.</p> </div>																																						
<p>▲ Témoin 1 ×</p> <hr/> <table> <tr> <td>Anrede</td> <td> <input type="text" value="Bitte wählen"/> </td> </tr> <tr> <td>Name</td> <td> <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td>Vorname</td> <td> <input type="text"/> </td> </tr> </table>					Anrede	<input type="text" value="Bitte wählen"/>	Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>																												
Anrede	<input type="text" value="Bitte wählen"/>																																					
Name	<input type="text"/>																																					
Vorname	<input type="text"/>																																					

Adresse	<input type="text"/>
z. Hd.	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/> <input type="text"/>
Land	<input type="text" value="Schweiz"/> <input type="button" value="v"/>
Telefon-Nr.	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>

▲ involvierte Drittpersonen +

Bitte geben Sie die Identität beteiligter Drittpersonen an.

▲ zuständige Drittperson1 x

Anrede	<input type="text" value="Bitte wählen"/> <input type="button" value="v"/>
Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
<hr/>	
Adresse	<input type="text"/>
z. Hd.	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/> <input type="text"/>
Land	<input type="text" value="Schweiz"/> <input type="button" value="v"/>
Telefon-Nr.	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>



4. Tab «Verletzungen»

Arbeitgeber	Verletzte/r	Unfallhergang	Verletzungen	Zusätzliche Informationen																								
<p>▲ Verletzungen</p> <hr/>																												
Beschreibung der Verletzung		<input type="text" value="abcde"/>																										
Art der Verletzung		<input type="text" value="Bruch"/>																										
betroffenes Körperteil		<input type="text" value="Handgelenk"/>																										
Körperseite		<input type="checkbox"/> links <input checked="" type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt																										
<input type="checkbox"/> Die versicherte Person ist verstorben																												
<p>▲ Arbeitsunfähigkeit</p> <hr/>																												
Musste die versicherte Person ihre Arbeit aussetzen?		<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein																										
Beginn der Arbeitsunfähigkeit		<input type="text" value="15.07.2016"/>																										
<input type="checkbox"/> Die Arbeitsunfähigkeit dauert voraussichtlich länger als 1 Monat																												
<input type="checkbox"/> Die Person hat die Arbeit wieder aufgenommen																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Lohn</th> <th>Betrag</th> <th>Modus</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>brutto Grundlohn</td> <td><input type="text" value="2000"/></td> <td><input type="text" value="CHF pro Monat"/></td> </tr> <tr> <td>Kinder- /Familienzulagen</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text" value="Bitte wählen"/></td> </tr> <tr> <td>Ferien-/Feiertagsentschädigung</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text" value="Bitte wählen"/></td> </tr> <tr> <td>Gratifikation/13. Monatslohn</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text" value="Bitte wählen"/></td> </tr> <tr> <td>Andere Lohnzulagen</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text" value="Bitte wählen"/></td> </tr> <tr> <td>Akkordlohn</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text" value="Bitte wählen"/></td> </tr> <tr> <td>Naturallohn</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text" value="Bitte wählen"/></td> </tr> </tbody> </table>					Lohn	Betrag	Modus	brutto Grundlohn	<input type="text" value="2000"/>	<input type="text" value="CHF pro Monat"/>	Kinder- /Familienzulagen	<input type="text"/>	<input type="text" value="Bitte wählen"/>	Ferien-/Feiertagsentschädigung	<input type="text"/>	<input type="text" value="Bitte wählen"/>	Gratifikation/13. Monatslohn	<input type="text"/>	<input type="text" value="Bitte wählen"/>	Andere Lohnzulagen	<input type="text"/>	<input type="text" value="Bitte wählen"/>	Akkordlohn	<input type="text"/>	<input type="text" value="Bitte wählen"/>	Naturallohn	<input type="text"/>	<input type="text" value="Bitte wählen"/>
Lohn	Betrag	Modus																										
brutto Grundlohn	<input type="text" value="2000"/>	<input type="text" value="CHF pro Monat"/>																										
Kinder- /Familienzulagen	<input type="text"/>	<input type="text" value="Bitte wählen"/>																										
Ferien-/Feiertagsentschädigung	<input type="text"/>	<input type="text" value="Bitte wählen"/>																										
Gratifikation/13. Monatslohn	<input type="text"/>	<input type="text" value="Bitte wählen"/>																										
Andere Lohnzulagen	<input type="text"/>	<input type="text" value="Bitte wählen"/>																										
Akkordlohn	<input type="text"/>	<input type="text" value="Bitte wählen"/>																										
Naturallohn	<input type="text"/>	<input type="text" value="Bitte wählen"/>																										
<input type="checkbox"/> Der/die Versicherte ist der Quellensteuer unterstellt																												

▲ Ärzte



Wenn die versicherte Person medizinische Betreuung oder Pflege durch eine med. Fachperson, einen Arzt oder ein Spital erhielt, bitten wir Sie die Adressdaten anzugeben.

▼ Arzt 1



▲ Arzt 2



Anrede	<input type="text" value="Bitte wählen"/>
Titel	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
<hr/>	
Adresse	<input type="text"/>
z. Hd.	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/> <input type="text"/>
Land	<input type="text" value="Bitte wählen"/>
Telefon-Nr.	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>

▲ Versicherungen

Krankenkasse der/des Versicherte/n

Der/die Versicherte bezieht bereits ein Taggeld oder erhält eine Sozialversicherungsrente



5. Tab «Zusätzliche Informationen»

Arbeitgeber	Verletzte/r	Unfallhergang	Verletzungen	Zusätzliche Informationen
-------------	-------------	---------------	--------------	----------------------------------

▲ Dokumente anhängen

Sie können Schadenfotos oder andere Dokumente anfügen.
 Daten Acrobat Reader (*.pdf), Bilddateien (*.jpg, *.bmp, *.png, *.tiff, *.gif),

📄 Dokumente

Platzieren Sie ihre Dateien in dieser Zone oder klicken sie auf den Button weiter unten.
 Maximale Dateigrösse: 5 Mo
 Dateityp autorisiert: png, jpg, jpeg, pdf, doc, docx, xlsx, xls, msg

+ durchsuchen...

Name	Typ	Grösse		
			👁	🗑

▲ Bemerkungen

"Sie haben auf folgende Informationen nicht geantwortet:


- (Arbeitgeber) IBAN-Nr / Postkonto : wünschenswert
- (Verletzte/r) IBAN-Nr / Postkonto : wünschenswert
- (Verletzte/r) AHV-Nummer : wünschenswert

Dies Informationen könnten uns bei der Bearbeitung Ihre Schadenanzeige nützlich sein. In besagtem Falle müssten wir Sie erneut kontaktieren, was zu einer Verzögerung in der Bearbeitung führen wird. "



Krankheit (Lohnausfall)

1. Tab «Arbeitgeber»

**Arbeitgeber** | Versicherter | Arbeitsunfähigkeit | Zusätzliche Informationen

▲ Identität

Nummer des Versicherungsnehmers (VN-Nr.) (Bsp. 654321 5630)

Arbeitgeber

Dossierreferenznummer für den Arbeitgeber

Ansprechperson

E-Mail

Telefon-Nr.

Auszufüllen nur bei Änderungen Ihrer Koordinaten / Kontaktinformationen

Strasse

PLZ / Ort

Telefon-Nr.

IBAN-Nr / Postkonto

2. Tab «Versicherter»

Arbeitgeber	Versicherter	Arbeitsunfähigkeit	Zusätzliche Informationen
<p>▲ Identität</p> <hr/>			
Anrede	Bitte wählen <input type="button" value="v"/>		
Name	<input type="text"/>		
Vorname	<input type="text"/>		
Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="button" value="12"/>		
Nationalität	Bitte wählen <input type="button" value="v"/>		
Zivilstand	Bitte wählen <input type="button" value="v"/>		
Sprache	Französisch <input type="button" value="v"/>		
<hr/>			
Adresse	<input type="text"/>		
z. Hd.	<input type="text"/>		
Strasse	<input type="text"/>		
PLZ / Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Land	Schweiz <input type="button" value="v"/>		
<hr/>			
Privatnummer / Handynummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-Mail	<input type="text"/>		
IBAN-Nr / Postkonto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
AHV-Nummer	<input type="text"/>		
Unterhaltspflichtige Kinder	<input type="text"/>		
<hr/>			
▲ Arbeitsvertrag			
<hr/>			
Beruf	<input type="text"/>		
Funktion	<input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Praktikant	<input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Lehrling	
<hr/>			
Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet	<input type="checkbox"/> gekündigt	

Anstellungsdatum

Versicherte Personenkategorie gemäss Vertrag

▲ **Arbeitszeit**

Beschäftigungsgrad (%)

Arbeitseinsatz

 regelmässig unregelmässig

Anzahl wöchentlicher Arbeitsstunden

des Verletzten

der Untermehmung

Arbeitslosigkeit

 Nein teilweise Total

3. Tab «Arbeitsunfähigkeit»

Arbeitgeber	Versicherter	Arbeitsunfähigkeit	Zusätzliche Informationen
<p>▲ Arbeitsunfähigkeit</p>			
Beginn der Arbeitsunfähigkeit		13.07.2016 12	
<input type="checkbox"/> Die Person hat die Arbeit wieder aufgenommen			
Grund für die Arbeitsunfähigkeit		<input checked="" type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Rückfall	
Art der Gesundheitsschädigung		Augen, Nase, Hals, Ohren ▼	
Beschreibung der Erkrankung			
<input type="checkbox"/> Hat die Person bereits früher unter diesen Beschwerden gelitten ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
<input type="checkbox"/> Handelt es sich um Folgen eines Unfalls ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Lohn	Betrag	Modus	
brutto Grundlohn	4500 x	Bitte wählen ▼	
Kinder- /Familienzulagen		Bitte wählen ▼	
Ferien-/Feiertagsentschädigung		Bitte wählen ▼	
Gratifikation/13. Monatslohn		Bitte wählen ▼	
Andere Lohnzulagen		Bitte wählen ▼	
Akkordlohn		Bitte wählen ▼	
Naturallohn		Bitte wählen ▼	
<input type="checkbox"/> Der/die Versicherte ist der Quellensteuer unterstellt			

▲ Ärzte +

Wenn die versicherte Person medizinische Betreuung oder Pflege durch eine med. Fachperson, einen Arzt oder ein Spital erhielt, bitten wir Sie die Adresdaten anzugeben.

▲ Arzt 1 ✕

Anrede	<input type="text" value="Bitte wählen"/>
Titel	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
<hr/>	
Adresse	<input type="text"/>
z. Hd.	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/> <input type="text"/>
Land	<input type="text" value="Schweiz"/>
Telefon-Nr.	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>

▲ Versicherungen

Der/die Versicherte bezieht bereits ein Taggeld oder erhält eine Sozialversicherungsrente




4. Tab «Zusätzliche Informationen»

Arbeitgeber	Versicherter	Arbeitsunfähigkeit	Zusätzliche Informationen
-------------	--------------	--------------------	----------------------------------

▲ Dokumente anhängen

Sie können Schadenfotos oder andere Dokumente anfügen.
 Daten Acrobat Reader (*.pdf), Bilddateien (*.jpg, *.bmp, *.png, *.tiff, *.gif),

 Dokumente

Platzieren Sie ihre Dateien in dieser Zone oder klicken sie auf den Button weiter unten.
 Maximale Dateigrösse: 5 Mo
 Dateityp autorisiert: png, jpg, jpeg, pdf, doc, docx, xlsx, xls, msg

+ durchsuchen...

Name	Typ	Grösse	👁	🗑

▲ Bemerkungen

"Sie haben auf folgende Informationen nicht geantwortet:

- (Arbeitgeber) IBAN-Nr / Postkonto : wünschenswert
- (Versicherter) IBAN-Nr / Postkonto : wünschenswert
- (Versicherter) AHV-Nummer : wünschenswert

Dies Informationen könnten uns bei der Bearbeitung Ihre Schadenanzeige nützlich sein. In besagtem Falle müssten wir Sie erneut kontaktieren, was zu einer Verzögerung in der Bearbeitung führen wird. "

↶
↷