

## 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	<b>Zusätzliche Informationen</b>
-------------	-------------	---------------	--------------	----------------------------------

▲ 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	<b>Verletzte/r</b>	Unfallhergang	Verletzungen	Zusätzliche Informationen																																																			
<p>▲ <b>Identität</b></p> <hr/> <table> <tr> <td>Anrede</td> <td>Herr</td> <td><input type="button" value="v"/></td> </tr> <tr> <td>Name</td> <td colspan="2">Dfdfs</td> </tr> <tr> <td>Vorname</td> <td colspan="2">Fdfs</td> </tr> <tr> <td>Geburtsdatum</td> <td>01.07.1986</td> <td><input type="button" value="12"/></td> </tr> <tr> <td>Nationalität</td> <td>Bitte wählen</td> <td><input type="button" value="v"/></td> </tr> <tr> <td>Zivilstand</td> <td>Bitte wählen</td> <td><input type="button" value="v"/></td> </tr> <tr> <td>Sprache</td> <td>Deutsch</td> <td><input type="button" value="v"/></td> </tr> </table> <hr/> <table> <tr> <td>Adresse</td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>z. Hd.</td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Strasse</td> <td colspan="2">dfdfs</td> </tr> <tr> <td>PLZ / Ort</td> <td>1320</td> <td>dfdf</td> </tr> <tr> <td>Land</td> <td>Schweiz</td> <td><input type="button" value="v"/></td> </tr> </table> <hr/> <table> <tr> <td>Privatnummer / Handynummer</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>E-Mail</td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>IBAN-Nr / Postkonto</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>AHV-Nummer</td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Unterhaltspflichtige Kinder</td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> </table>					Anrede	Herr	<input type="button" value="v"/>	Name	Dfdfs		Vorname	Fdfs		Geburtsdatum	01.07.1986	<input type="button" value="12"/>	Nationalität	Bitte wählen	<input type="button" value="v"/>	Zivilstand	Bitte wählen	<input type="button" value="v"/>	Sprache	Deutsch	<input type="button" value="v"/>	Adresse	<input type="text"/>		z. Hd.	<input type="text"/>		Strasse	dfdfs		PLZ / Ort	1320	dfdf	Land	Schweiz	<input type="button" value="v"/>	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"/>	
Anrede	Herr	<input type="button" value="v"/>																																																					
Name	Dfdfs																																																						
Vorname	Fdfs																																																						
Geburtsdatum	01.07.1986	<input type="button" value="12"/>																																																					
Nationalität	Bitte wählen	<input type="button" value="v"/>																																																					
Zivilstand	Bitte wählen	<input type="button" value="v"/>																																																					
Sprache	Deutsch	<input type="button" value="v"/>																																																					
Adresse	<input type="text"/>																																																						
z. Hd.	<input type="text"/>																																																						
Strasse	dfdfs																																																						
PLZ / Ort	1320	dfdf																																																					
Land	Schweiz	<input type="button" value="v"/>																																																					
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"/>																																																						
<p>▲ <b>Arbeitsvertrag</b></p> <hr/> <table> <tr> <td>Beruf</td> <td colspan="2">dfdfs</td> </tr> <tr> <td>üblicher Arbeitsbereich</td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> Betrieb  <input type="checkbox"/> Büro         </td> <td> <input type="checkbox"/> Technik  <input type="checkbox"/> Verkauf         </td> </tr> <tr> <td>Funktion</td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> Höheres Kader  <input type="checkbox"/> Angestellte  <input type="checkbox"/> Praktikant         </td> <td> <input type="checkbox"/> Mittleres Kader  <input type="checkbox"/> Lehrling         </td> </tr> <tr> <td>Arbeitsvertrag</td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> unbefristet  <input type="checkbox"/> befristet         </td> <td> <input type="checkbox"/> gekündigt         </td> </tr> <tr> <td>Anstellungsdatum</td> <td>01.07.2016</td> <td><input type="button" value="12"/></td> </tr> <tr> <td>Eigenheiten</td> <td> <input type="checkbox"/> Saisonarbeiter         </td> <td> <input type="checkbox"/> Grenzgänger         </td> </tr> </table> <p><b>Betrifft nur die UVG-Zusatzversicherungen. Sind die Versicherungsgarantien der Mitarbeitenden (Kader, Teamchefs etc.) unterschiedlich, bitte präzisieren:</b></p> <hr/> <table> <tr> <td>Versicherte Personenkategorie gemäss Vertrag</td> <td>Bitte wählen</td> <td><input type="button" value="v"/></td> </tr> </table>					Beruf	dfdfs		üblicher Arbeitsbereich	<input checked="" type="checkbox"/> Betrieb <input type="checkbox"/> Büro	<input type="checkbox"/> Technik <input type="checkbox"/> Verkauf	Funktion	<input checked="" type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Praktikant	<input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Lehrling	Arbeitsvertrag	<input checked="" type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet	<input type="checkbox"/> gekündigt	Anstellungsdatum	01.07.2016	<input type="button" value="12"/>	Eigenheiten	<input type="checkbox"/> Saisonarbeiter	<input type="checkbox"/> Grenzgänger	Versicherte Personenkategorie gemäss Vertrag	Bitte wählen	<input type="button" value="v"/>																														
Beruf	dfdfs																																																						
üblicher Arbeitsbereich	<input checked="" type="checkbox"/> Betrieb <input type="checkbox"/> Büro	<input type="checkbox"/> Technik <input type="checkbox"/> Verkauf																																																					
Funktion	<input checked="" type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Praktikant	<input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Lehrling																																																					
Arbeitsvertrag	<input checked="" type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet	<input type="checkbox"/> gekündigt																																																					
Anstellungsdatum	01.07.2016	<input type="button" value="12"/>																																																					
Eigenheiten	<input type="checkbox"/> Saisonarbeiter	<input type="checkbox"/> Grenzgänger																																																					
Versicherte Personenkategorie gemäss Vertrag	Bitte wählen	<input type="button" value="v"/>																																																					

▲ 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/>				
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"/>			
<hr/>				
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"/>			
<hr/>				
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 <span style="float: right;">+</span></p> <hr/>				
Bitte geben Sie die Identität allfälliger Zeugen an.				
<p>▲ Témoin 1 <span style="float: right;">×</span></p> <hr/>				
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>				
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>				
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				
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	<b>Zusätzliche Informationen</b>
-------------	-------------	---------------	--------------	----------------------------------

## ▲ 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>▲ <b>Arbeitsunfähigkeit</b></p>			
Beginn der Arbeitsunfähigkeit		13.07.2016 <span style="float: right;">12</span>	
<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 <span style="float: right;">▼</span>	
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			
<b>Lohn</b>	<b>Betrag</b>	<b>Modus</b>	
brutto Grundlohn	4500 <span style="float: right;">x</span>	Bitte wählen <span style="float: right;">▼</span>	
Kinder- /Familienzulagen		Bitte wählen <span style="float: right;">▼</span>	
Ferien-/Feiertagsentschädigung		Bitte wählen <span style="float: right;">▼</span>	
Gratifikation/13. Monatslohn		Bitte wählen <span style="float: right;">▼</span>	
Andere Lohnzulagen		Bitte wählen <span style="float: right;">▼</span>	
Akkordlohn		Bitte wählen <span style="float: right;">▼</span>	
Naturallohn		Bitte wählen <span style="float: right;">▼</span>	
<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	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	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	<b>Zusätzliche Informationen</b>
-------------	--------------	--------------------	----------------------------------

▲ 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. "

↶

↷