**Anmeldung eines betrieblichen oder nichtbetrieblichen Unfalls**

Die Lernenden SPICURA sind bei der SWICA Gesundheitsorganisation, Kompetenzcenter UVG, Konradstrasse 15, Postfach 537, 8401 Winterthur für die Folgen eines Unfalls versichert.

Die Anmeldung des Unfalls bei der Unfallversicherung erfolgt durch SPICURA.

* Bitte mailen Sie den vollständig ausgefüllten Unfallschein zusammen mit dem Arztzeugnis umgehend an SPICURA:

[info@spicura.ch](mailto:info@spicura.ch)

* **Klären Sie mit Ihrem Arzt die Arbeitsunfähigkeit genau:**
* Können Sie wieder zu 100% arbeiten? Wenn nein: Können Sie Teilzeit arbeiten und Aufgaben wie Betreuung und Büroarbeiten etc. übernehmen? -> Bitte detailliertes Arztzeugnis
* Können Sie die Schule besuchen aber nicht arbeiten? -> Bitte detailliertes Arztzeugnis

Besten Dank.

**Anleitung zum Ausfüllen des Unfallscheins**

1. Dokument auf dem eigenen PC abspeichern;

Dateiname: Unfallmeldung\_Ihr Name (z.B. Unfallmeldung\_Maria Mustermann).

2. Die gespeicherte Version öffnen und ausfüllen.

3. Das ausgefüllte Dokument speichern **🖫.**

4. Dasselbe Dokument an das E-Mail anhängen und

an SPICURA zurückschicken:

Datei – Senden/Freigeben- E-Mail

Für Fragen steht Ihnen Frau Vipavanee Langnak, Tel. 044 306 88 55, gerne zur Verfügung.

**Unfallschein**

Name/Vorname

Strasse, PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer Privat

Lehrbetrieb

Telefonnummer Geschäft

Anstellungstag bei SPICURA von bis

AHV Nummer

Nationalität

Zivilstand Anzahl Kinder

**Betriebsunfall**  oder **Nichtbetriebsunfall**

|  |  |
| --- | --- |
| Arbeitsunfähigkeit keine |  |
| Arbeitsunfähigkeit unter 3 Tagen | zu      % |
| Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Tagen | zu      % |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum des Unfalls |  |
| Uhrzeit |  |
| Unfallort und PLZ |  |
| Unfallstelle *(zB Strasse, Werkstatt, usw.)* |  |
| Unfallbeschreibung, Tätigkeit |  |
| Beteiligte Personen |  |
| Existiert ein Polizeirapport? | ja  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Verletzter Körperteil |  |
| Verletzte Körperseite |  |
| Verletzungsart |  |
| Erstbehandelnder Arzt  (Name und vollständige Adresse) |  |
| Nachbehandelnder Arzt  (Name und vollständige Adresse) |  |
| Falls Nichtbetriebsunfall; letztes Arbeitsdatum vor dem Unfall |  |
| Bis wann sind Sie voraussichtlich arbeitsunfähig? |  |
| Können Sie die Schule besuchen? |  |
| Rückfall | Unfalldatum: |
| Zahnschaden |  |

**Beilagen**

**Sonstiges**