



Schadenmeldung UVG

- Unfall Zahnschaden
 Berufskrankheit Rückfall

Schaden-Nummer

Erläuterungen zur Schadenmeldung siehe Rückseite

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	UID	Police Nr.
	_____	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verletzte/r	Name und Vorname	Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer
	Strasse	Tel.-Nr. (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit
	PLZ Wohnort	Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre _____ Anzahl <input type="checkbox"/> Keine
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/in		
	Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt		
	Arbeitszeit des/der Verletzten: (Stunde je Woche) _____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ Prozent		
	Betriebsübliche Vollarbeitszeit: (Stunden je Woche) _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit		
4. Schaden- datum	Tag Monat Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)	
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse)		
6. Sachverhalt (Unfallbe- schreibung, Verdacht auf Berufs- krankheit)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge		

	Beteiligte Person(en): _____		
	Besteht ein Polizeirapport? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt		
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)		
8. Nicht- berufsunfall	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? bis: _____ Grund der Absenz: _____		
9. Verletzung	Betroffener Körperteil: _____ <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt		
	Art der Schädigung: _____		
10. Arbeits- unfähigkeit	Arbeit zufolge Unfalles ausgesetzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	Wenn ja, ab wann? Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit länger als 1 Monat <input type="checkbox"/>		
	Falls Arbeit wieder aufgenommen: Ab wann? <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise		
11. Arzt- adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		
	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		
12. Lohn	CHF pro	Stunde	Monat
	Jahr		
	Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto).....		
	Kinder-/Familienzulagen.....		
	Ferien-/Feiertagsentschädigung.....in % oder		
	Gratifikation/13. Monatslohn (und weitere).....in % oder		
	Andere Lohnzulagen (z. B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage).....		
	Bezeichnung:		
13. Sonderfälle	<input type="checkbox"/> Freiwillige Unternehmerversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied, Gesellschafter		
	<input type="checkbox"/> weitere(r) Arbeitgeber:		
14. Andere Sozialver- sicherungs- leistungen	Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenversicherung, Suva oder anderer obligato- rischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Berufliche Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse? Wenn ja, wo?		

Wird von der
Versicherung
ausgefüllt
▼

Ge

St

Zi

Stellung

B/N/F

Verletzung

Art

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Erläuterungen zur Schadenmeldung

Wir bitten Sie, die Schadenmeldung vollständig auszufüllen und uns umgehend zuzustellen. Nachstehende Ausführungen mögen Ihnen behilflich sein. Besten Dank für Ihre Mitarbeit.

Allgemeines

Diese Formulargarnitur ist auszufüllen, wenn

- die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage dauert (Unfalltag inbegriffen);
- eine Berufskrankheit vorliegt;
- eine Zahnverletzung zu melden ist;
- ein Rückfall vorliegt.

Ist lediglich eine zahnärztliche Behandlung notwendig, so genügt es, wenn Sie die Schadenmeldung (ohne Ziffer 12 Lohnangaben) der zuständigen Agentur senden; die restlichen Formulare können Sie vernichten. Die Agentur wird mit dem Zahnarzt Kontakt aufnehmen.

Bei der Meldung eines Rückfalls geben Sie bitte die Schadennummer an. Sofern die Nummer nicht bekannt ist, geben Sie bitte das Schadendatum und den damaligen Arbeitgeber an.

Bei schweren Unfällen – insbesondere bei Todesfällen – wollen Sie zusätzlich die zuständige Agentur sofort telefonisch benachrichtigen.

Ist keine dieser Voraussetzungen erfüllt, genügt die Meldung mittels der grünen Formulargarnitur «Bagatellunfall-Meldung UVG».

Verwendung der Angaben

Die Angaben auf der Schadenmeldung werden verwendet für:

- a) die Schadenerledigung;
- b) die Erstellung anonymisierter Statistiken für die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten;
- c) die gesetzlich vorgeschriebene anonymisierte Weitergabe an das Bundesamt für Statistik zwecks Erstellung der öffentlichen Lohnstatistik des Bundes.

Erläuterungen zu einzelnen Fragen der Schadenmeldung

Ziffer 1 «Üblicher Arbeitsplatz»

Dreherei/Bauschreinerei/Büro EDV

Ziffer 3 «Ausgeübter Beruf»

Es ist eine möglichst genaue Bezeichnung der wichtigsten beruflichen Tätigkeit der verletzten Person anzugeben.

Beispiele:

- «**Metallschleifer**» (statt «**Schleifer**»)
- «**Verkäuferin, Textilwaren**» (statt «**Verkäuferin**»)
- «**Finanzdirektorin**» (statt «**Direktorin**»)

Angaben wie Hilfsarbeiter, Angestellter usw. genügen nicht.

Ziffer 5 «Unfallort»

Beispiele:

Bei Berufsunfällen:
3014 Bern, Halle 1/Baustelle xy/Treppenhaus C

Bei Nichtberufsunfällen:
9424 Rheineck, Kreuzung Thaler Str. / Schulstr.
oder 6005 Luzern, Sportanlage «Allmend»

Ziffer 6 «Sachverhalt (Unfallbeschreibung, Verdacht auf Berufskrankheit)»

Es wird eine möglichst genaue Schilderung des Ablaufs und seiner Begleitumstände erwartet.

Bei Berufsunfällen empfehlen wir Ihnen zusätzlich für die Unfallabklärung die Suva-Publikation

- 66100.d (Betriebsinterne Unfallabklärung: Damit es nicht wieder passiert!);
- 66100/1.d (Ereignisprotokoll) und
- 66100/2.d (Unfallabklärung: Fragen zum betrieblichen Sicherheitssystem) zu verwenden.

Ziffer 8 «Nichtberufsunfall»

Hat der/die Verletzte vor dem Unfall nicht mehr gearbeitet, sind die Gründe der Abwesenheit (z. B. Ferien, Krankheit, Militär, unbezahlter Urlaub, Arbeitslosigkeit) zu erwähnen.

Ziffer 12 «Lohn»

Es ist neu der nach AHV-massgebende Lohn (gemäss Art. 7 der Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung) anzugeben. D. h. der Bruttolohn vor Abzug von Sozialversicherungsbeiträgen, Steuern usw., der dem/der Versicherten im Zeitpunkt des Unfalles zustand.

Auch bei Löhnen über dem Höchstbetrag des versicherten Verdienstes ist der effektive Lohn anzugeben.

Bei der freiwilligen Unternehmerversicherung ist der vereinbarte Jahresverdienst einzusetzen.



Schadenmeldung UVG

- Unfall Zahnschaden
 Berufskrankheit Rückfall

Schaden-Nummer

Erläuterungen zur Schadenmeldung siehe Rückseite

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		UID	Police Nr.
			Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verletzte/r	Name und Vorname		Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer
	Strasse		Tel.-Nr. (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit
	PLZ	Wohnort	Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre _____ Anzahl <input type="checkbox"/> Keine
3. Anstellung	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/in Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt Arbeitszeit des/der Verletzten: (Stunden je Woche) _____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ Prozent Betriebsübliche Vollarbeitszeit: (Stunden je Woche) _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit			
4. Schaden-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse)			
6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung, Verdacht auf Berufskrankheit)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
	Beteiligte Person(en): _____ Besteht ein Polizeirapport? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt			
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
8. Nicht-berufsunfall	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? bis: _____ Grund der Absenz: _____			
9. Verletzung	Betroffener Körperteil: _____		<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt	
10. Arbeits-unfähigkeit	Arbeit zufolge Unfalles ausgesetzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Wenn ja, ab wann?	
	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit länger als 1 Monat <input type="checkbox"/>		Falls Arbeit wieder aufgenommen: Ab wann? <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise	
11. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	
12. Lohn	CHF pro	Stunde	Monat	Jahr
Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto).....				
Kinder-/Familienzulagen.....				
Ferien-/Feiertagsentschädigung.....in % oder				
Gratifikation/13. Monatslohn (und weitere).....in % oder				
Andere Lohnzulagen (z. B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage).....				
Bezeichnung:				
13. Sonderfälle	<input type="checkbox"/> Freiwillige Unternehmerversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied, Gesellschafter <input type="checkbox"/> weitere(r) Arbeitgeber:			
14. Andere Sozialversicherungsleistungen	Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenversicherung, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Berufliche Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse? Wenn ja, wo?			

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift



Apothekerschein UVG

Bitte Schaden-Nummer
 hier vermerken →

Schaden-Nummer

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	UID	Police Nr.	
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)		
Verletzte/r	Name und Vorname	Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer	
	Strasse	Tel.-Nr. (sofern bekannt)		
	PLZ Wohnort			
Schaden- datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)

Hinweise für die/den Verletzte/n

Hat die Versicherung die Übernahme der Heilkosten zugesichert, so werden Ihnen die vom Arzt verordneten Medikamente vom Apotheker ohne Bezahlung abgegeben.

Alle Medikamente wollen Sie vom gleichen Apotheker beziehen, dem dieser Schein abzugeben ist. Wir bitten Sie, die auf allen Zuschriften aufgeführte Schaden-Nummer oben einzutragen bzw. durch den Apotheker eintragen zu lassen.

Hinweise für den Apotheker

Eine Übernahme der Behandlungskosten wird dem/der Verletzten durch die Versicherung bekanntgegeben. Verlangen Sie bitte diese Bestätigung – die auch Ihnen gegenüber als Zahlungsgarantie dient – zur Einsicht und übertragen Sie die darauf vermerkte Schaden-Nummer auf diesen Apothekerschein.

Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis	
		CHF	Rp.
Bitte Rezept beilegen		Total	

Senden Sie diese Rechnung bitte nach Abschluss der Behandlung – spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum – an die oben aufgeführte Adresse.

Einen neuen Apothekerschein können Sie unter Angabe der Schaden-Nummer bei der **Versicherung** verlangen, wenn – der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht; – nach Ablauf von 3 Monaten weitere Medikamente benötigt werden.

Datum: _____

Stempel der Apotheke: _____

3	Code						
---	------	--	--	--	--	--	--

Unfallschein UVG

Bitte Schaden-Nummer
 hier vermerken →

Schaden-Nummer

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	UID	Police Nr.
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)		
Verletzte/r	Name und Vorname	Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer
	Strasse	Tel.-Nr. (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit
	PLZ Wohnort	Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre ___ Anzahl <input type="checkbox"/> Keine
Anstellung	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/in Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt Arbeitszeit des/der Verletzten: (Stunden je Woche) _____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ Prozent Betriebsübliche Vollarbeitszeit: (Stunden je Woche) _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit		
Schaden- datum	Tag	Monat	Jahr
	Zeit (Stunden, Minuten)		

Hinweise für die/den Verletzte/n

Eine Arbeitsunfähigkeit wird durch den Arzt/die Ärztin auf dem Unfallschein eingetragen. Teilarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten, es sei denn, der Arzt/die Ärztin schreibe aus medizinischen Gründen etwas anderes vor (siehe Kasten unten links).*

Arztwechsel. Melden Sie einen allfälligen Arztwechsel unverzüglich Ihrer Versicherung.

Die notwendigen **Reise- und Transportkosten** – z.B. zum nächsten Arzt/Spital – werden Ihnen zurückerstattet. Wählen Sie bitte ein den Verhältnissen angemessenes, preisgünstiges Transportmittel (z.B. öffentliches Verkehrsmittel); gegebenenfalls Abonnement lösen. Bitte auf Spesenabrechnung Ihr Post- oder Bankkonto angeben. Lassen Sie sich aus persönlichen Gründen auswärts behandeln, so kann die Versicherung die entsprechenden Mehrkosten nicht entschädigen.

Eintragungen des Arztes

Datum und Zeit des nächsten Besuches	Datum des erfolgten Besuches	Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
		Grad	Gültig ab	
* evtl. Bemerkungen zur Teilarbeitsfähigkeit				
1)	% , d. h.	Std./Tag zu	%	
2)	% , d. h.	Std./Tag zu	%	
3)	% , d. h.	Std./Tag zu	%	

Datum und Zeit des nächsten Besuches	Datum des erfolgten Besuches	Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
		Grad	Gültig ab	
Die ärztliche Behandlung endete am		Medikamente bezogen bei: (Name und Adresse der Apotheke)		

Stempel des Arztes