

Schadenmeldung UVG

- Unfall Zahnschaden
 Berufskrankheit Rückfall

Schaden-Nummer

Erläuterungen zur Schadenmeldung siehe Rückseite

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____	Tel.-Nr. _____	Vertrag-Nr. _____
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) _____	
2. Verletzte/r	Name und Vorname _____ Strasse _____ PLZ Wohnort _____	Geburtsdatum _____	AHV-Nummer _____
		Tel.-Nr. (sofern bekannt) _____	Staatsangehörigkeit _____
		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 (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 Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit länger als 1 Monat <input type="checkbox"/>	Wenn ja, ab wann? _____ 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 Unternehmensversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied, Gesellschafter <input type="checkbox"/> quellensteuerpflichtig <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? Name der obligatorischen Krankenversicherung: _____		

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 (Form. 109 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.

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 Unternehmensversicherung ist der vereinbarte Jahresverdienst einzusetzen.

Versicherungsgesellschaft

Schadenmeldung UVG Doppel für den Betrieb

- Unfall
 Zahnschaden
 Berufskrankheit
 Rückfall

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Vertrag-Nr.
			Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verletzte/r	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	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 (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
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"/> quellensteuerpflichtig			
	<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? Name der obligatorischen Krankenversicherung:			

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Schaden-Nummer

Arztzeugnis UVG

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____	Tel.-Nr. _____	Vertrag-Nr. _____		
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) _____			
2. Verletzte/r	Name und Vorname _____	Geburtsdatum _____	AHV-Nummer _____		
	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)	
1. Erst-behandlung	Tag	Monat	Jahr	Zeit	<input type="checkbox"/> während <input type="checkbox"/> ausserhalb der Sprechstunde <input type="checkbox"/> am Unfallort <input type="checkbox"/> in der Wohnung der/des Patienten
2. Angaben der (Patientin/des Patienten)	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall? _____				
3. Allgemein-zustand	a) Besondere Wahrnehmungen (Gemütsverfassung, Alkohol, Drogen usw.) _____				
	b) Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Körperanomalien (Invadilität) _____				
4. Befund	Röntgenbefund: _____				
5. Vorläufige Diagnose	_____				
6. Kausalität	a) Welche Ursachen kommen für die aktuellen Beschwerden in Frage: <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> andere: welche		b) Litt der/die Patient/in bereits vorher unter ähnlichen Beschwerden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Behandlung bei		
7. Therapie	a) Was haben Sie bisher veranlasst? _____				
	b) Schlagen Sie besondere medizinische oder nicht medizinische Massnahmen vor? _____				
	c) Ist der/die Patien/tin hospitalisiert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; wo				
8. Arbeits unfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja, zu		% ab	Voraussichtlich bis	
	<input type="checkbox"/> nein				
9. Arbeits aufnahme	<input type="checkbox"/> ja	Teilweise zu	% ab	Voll ab	
	<input type="checkbox"/> nein				
10. Behandlungs- abschluss	<input type="checkbox"/> ja, am:				
	<input type="checkbox"/> nein – voraussichtlich in		Wochen		

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift **der Ärztin/des Arztes**

Schaden-Nummer

Apothekerschein UVG

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Vertrag-Nr.
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
Verletzte/r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	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	0.00

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								
---	------	--	--	--	--	--	--	--	--

Postkonto-Nr. oder Bank und IBAN
Bei Abrechnung über OFAC: 35-1

