

Schadenmeldung UVG

Unfall Zahnschaden Berufskrankheit Rückfall

			Schaden-Nummer
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr. Global
		E-Mail	
	UID Unternehmens-Identifikationsnr. CHE- ____ . ____ . ____	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verletzte/-r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse	Tel.-Nr. (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit
	PLZ, Wohnort	Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre/in Ausbildung bis 25 Jahre <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Name und Adresse der Krankenkasse		
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/-r oder Arbeiter/-in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/-in		
	Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag bis ____ <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt per ____		
	Arbeitszeit der/des Verletzten (Stunden je Woche): ____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: ____ % Betriebsübliche Vollarbeitszeit (Stunden je Woche): ____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit		
4. Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse)		
6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung, Verdacht auf Berufskrankheit)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge		
	Beteiligte Person(-en): _____ Zeugen: _____ 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. Nichtberufsunfall	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. Arbeitsunfähigkeit	Arbeit als Folge des Unfalls ausgesetzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, ab wann? _____		
	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> länger als ein Monat	Falls Arbeit wieder aufgenommen: Ab wann? _____ <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise	
11. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik
12. Lohn	CHF pro	Stunde	Monat
	Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)		Jahr
	Kinder-/Familienzulagen		
	Ferien-/Feiertagsentschädigungen in % oder		
	Gratifikationen/13. Monatslohn (und weitere) in % oder		
Andere Lohnzulagen (z. B. Provision/Naturallohn/Schichtzulage) Bezeichnung: _____			
13. Sonderfälle	<input type="checkbox"/> Freiw. Untermehrmerversicherung Familienmitglied? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, Verwandtschaftsgrad: _____ <input type="checkbox"/> Weitere(-r) Arbeitgeber: _____ <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Quellensteuerpflichtig		
14. Andere Sozialversicherungsleistungen	Hat die/der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung; Berufliche Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse? Wenn ja, wo?		

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift