

Schadenmeldung UVG

☐ Zahnschaden☐ Rückfall

Schaden-Nummer	
----------------	--

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Kunden-Nr.	Betriebsteil
			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 <input type="checkbox"/>	
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	Betroffenes 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 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?				

▼

☐

5

7

5

5

5

Stempel und Unterschrift

A. Muster