

Schadenmeldung UVG

- Unfall Zahnschaden
 Berufskrankheit Rückfall

Schaden-Nummer

Erläuterungen zur Schadenmeldung siehe Rückseite

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	
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 Untermeyerversicherung <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?			

Wird von der Versicherung ausgefüllt

▼

Ge

St

Zi

Stellung

B/N/F

Verletzung

Art

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Geht an: Suva

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.

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 Unternehmensversicherung ist der vereinbarte Jahresverdienst einzusetzen.

Schadenmeldung UVG Doppel für den Betrieb		<input type="checkbox"/> Unfall		<input type="checkbox"/> Zahnschaden		Schaden-Nummer	
		<input type="checkbox"/> Berufskrankheit		<input type="checkbox"/> Rückfall			
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		
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			
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 Untermeyerversicherung <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		Tel.-Nr.	Kunden-Nr.	Betriebsteil
			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	

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 zugeweilte Suva-Nr.
Bei Abrechnung über OFAC: 35-1

Unfallschein UVG

Schaden-Nummer

Arbeitgeber		

Verletzte/r	Geburtsdatum	SV-Nr. / AHV-Nr.
	Nationalität	Zivilstand
Unfalldatum		

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) *

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 der Spesenrechnung Ihr Postkonto oder Bankkonto angeben. Lassen Sie sich aus persönlichen Gründen auswärts behandeln, so kann die Versicherung die entsprechenden Mehrkosten nicht entschädigen.

Arztwechsel. Melden Sie einen allfälligen Arztwechsel unverzüglich Ihrer Versicherung.

Eintragungen des Arztes/der Ärztin

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

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

Geht an: Verletzte/r -> Betrieb -> Suva

Stempel des Arztes/der Ärztin