

Schadenmeldung UVG	<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Rückfall	Schaden-Nummer	Versicherungsgesellschaft
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____	Tel.-Nr.	Police-Nr.
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) _____		
2. Verletzte/r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse	Telefonnummer	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 Vertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt Arbeitszeit des/der Verletzten: Stunden je Woche _____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ in Prozent Betriebsübliche Vollarbeit: (Stunden je Woche) _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit		
4. Schaden- datum	Tag Monat Jahr ____ ____ ____	Zeit _____	
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) oder Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse) _____		
6. Sachverhalt Unfallbe- schreibung, 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. Maschinen, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung) _____		
8. Nicht- berufsunfall	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit?) bis: _____ Grund der Absenz: _____		
9. Verletzung	Betroffener Körperteil: _____	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	
	Art der Schädigung _____		
10. Arbeits- unfähigkeit	Arbeit zufolge ausgesetzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, ab wann?	
	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit länger als 1 Monat <input type="checkbox"/>	Fall 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
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 obliga- torischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Berufliche Vorsorgeein- richtung Militärversicherung, Arbeitslosenkasse? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja 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.

Arztzeugnis UVG		Bitte Schaden-Nummer hier vermerken →	Schaden-Nummer	Versicherungsgesellschaft
Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.
			Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
Verletzte/r	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		Telefonnummer	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 Vertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt			
	Arbeitszeit des/der Verletzten: Stunden je Woche _____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ Betriebsübliche Vollarbeitszeit: (Stunden je Woche) _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit			
Schaden-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit _____
1. Erst-behandlung	Datum	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 (Invalidität)			
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 Patientin bereits vorher unter ähnlicher 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 Patient / in 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

QualiRisk AG
Kasernenstrasse 12
Postfach 175
4410 Liestal

