

Unfall  Zahnschaden  
 Rückfall  Berufskrankheit

Schaden-Nummer

## Schadenmeldung UVG

Erläuterungen zur Schadenmeldung siehe Rückseite

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____	Tel.-Nr.	Police-Nr. 495 11040.	
		Üblicher Arbeitsplatz der verletzten Person (Betriebszweig)		
<b>2. Verletzte/r</b>	Name und Vorname _____	Geburtsdatum	AHV-Nummer	
	Strasse _____	Tel.-Nr.	Staatsangehörigkeit	
	PLZ          Wohnort _____	Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre ____ Anzahl <input type="checkbox"/> keine	
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung	Austritt	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 Verunfallten: _____ Tage je Woche; _____ Stunden je Woche; Beschäftigungsgrad _____ %				
Betriebsübliche Vollarbeitszeit: _____ Stunden je Woche; Arbeitseinsatz <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit				
<b>4. Schaden-datum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
<b>5. Unfallort</b>	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse)			
<b>6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung, Verdacht auf Berufskrankheit)</b>	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				
<b>7. Berufsunfall</b>	Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
<b>8. Nicht-berufsunfall</b>	Bis wann hat der/die Verletzte <b>vor dem Unfall letztmals</b> im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? bis _____ Grund der Absenz _____			
<b>9. Verletzung</b>	Betroffener Körperteil _____	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt		
Art der Schädigung _____				
<b>10. Arbeitsunfähigkeit</b>	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 _____ %	
<b>11. Arztadressen</b>	Erstbehandelnde/r Ärztin/Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnde/r Ärztin/Arzt bzw. Spital/Klinik	
<b>12. Lohn</b>	<b>CHF pro</b>	<b>Stunde</b>	<b>Monat</b>	<b>Jahr</b>
	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 _____				
<b>13. Sonderfälle</b>	<input type="checkbox"/> Freiwillige Unternehmerversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> <b>quellensteuerpflichtig</b>			
<input type="checkbox"/> <b>weitere(r) Arbeitgeber</b> _____				
<b>14. Andere Sozialversicherungsleistungen</b>	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? _____			
<b>15. Krankenkasse</b>	Name, Adresse, Mitglied-Nr.			
<b>Taggeldauszahlung</b>	Postcheckkonto _____	Kontoinhaber/in _____		
	oder Postcheckkonto Bank _____	oder Name Bank _____		
	Konto-Nr. _____	Kontoinhaber/in _____		

Ort und Datum

Unterschrift des Arbeitnehmers/  
der Arbeitnehmerin

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Geht an:

**Ausgleichskasse PANVICA, Talstrasse 7, 3053 Münchenbuchsee**

## Erläuterungen zur Schadenmeldung UVG

---

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 UVG (ohne Ziffer 12 Lohnangaben) der zuständigen Generalagentur senden; die restlichen Formulare können Sie vernichten.

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 Generalagentur 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:

- die Schadenerledigung;
- die Erstellung anonymisierter Statistiken für die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten;
- 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»

Restaurant, Backstube, 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, Bürogebäude/Treppenhaus

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 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.

### Ziffer 13 «Sonderfälle/Quellensteuer»

Der Quellensteuerabzug ist auch während der Taggeldzahlungen durch den Arbeitgeber vorzunehmen.

# Schadenmeldung UVG Doppel für den Arbeitgeber

- Unfall  Zahnschaden  
 Rückfall  Berufskrankheit

Schaden-Nummer

Erläuterungen zur Schadenmeldung siehe Rückseite

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____	Tel.-Nr.	Police-Nr. 495 11040.	
		Üblicher Arbeitsplatz der verletzten Person (Betriebszweig)		
<b>2. Verletzte/r</b>	Name und Vorname _____ _____	Geburtsdatum	AHV-Nummer	
	Strasse _____	Tel.-Nr.	Staatsangehörigkeit	
	PLZ                  Wohnort _____	Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre _____ Anzahl <input type="checkbox"/> keine	
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung	Austritt	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 Verunfallten: _____ Tage je Woche; _____ Stunden je Woche; Beschäftigungsgrad _____ %				
Betriebsübliche Vollarbeitszeit: _____ Stunden je Woche; Arbeitseinsatz <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit				
<b>4. Schaden-datum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
<b>5. Unfallort</b>	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse)			
<b>6. Sachverhalt (Unfall-beschreibung, Verdacht auf Berufs-krankheit)</b>	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				
<b>7. Berufsunfall</b>	Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
<b>8. Nicht-berufsunfall</b>	Bis wann hat der/die Verletzte <b>vor dem Unfall letztmals</b> im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? bis _____ Grund der Absenz _____			
<b>9. Verletzung</b>	Betroffener Körperteil _____	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt		
Art der Schädigung _____				
<b>10. Arbeits-unfähigkeit</b>	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 _____ %	
<b>11. Arztadressen</b>	Erstbehandelnde/r Ärztin/Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnde/r Ärztin/Arzt bzw. Spital/Klinik	
<b>12. Lohn</b>	<b>CHF pro</b>	<b>Stunde</b>	<b>Monat</b>	<b>Jahr</b>
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 _____				
<b>13. Sonderfälle</b>	<input type="checkbox"/> Freiwillige Unternehmensversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> <b>quellensteuerpflichtig</b> <input type="checkbox"/> <b>weitere(r) Arbeitgeber</b> _____			
<b>14. Andere Sozialver-sicherungs-leistungen</b>	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? _____			
<b>15. Krankenkasse</b>	Name, Adresse, Mitglied-Nr.			
<b>Taggeld-auszahlung</b>	Postcheckkonto _____	Kontoinhaber/in _____		
	oder Postcheckkonto Bank _____	oder Name Bank _____		
	Konto-Nr. _____	Kontoinhaber/in _____		

Ort und Datum

Unterschrift des Arbeitnehmers/  
der Arbeitnehmerin

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

## Erläuterungen zur Schadenmeldung UVG

---

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 UVG (ohne Ziffer 12 Lohnangaben) der zuständigen Generalagentur senden; die restlichen Formulare können Sie vernichten.

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 Generalagentur 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:

- die Schadenerledigung;
- die Erstellung anonymisierter Statistiken für die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten;
- 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»

Restaurant, Backstube, 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, Bürogebäude/Treppenhaus

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 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.

#### Ziffer 13 «Sonderfälle/Quellensteuer»

Der Quellensteuerabzug ist auch während der Taggeldzahlungen durch den Arbeitgeber vorzunehmen.

## Arztzeugnis UVG

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr. 495 11040.
			Üblicher Arbeitsplatz der verletzten Person (Betriebszweig)	
<b>2. Verletzte/r</b>	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		Tel.-Nr.	Staatsangehörigkeit
	PLZ	Wohnort	Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre ___ Anzahl <input type="checkbox"/> keine
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung	Austritt	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 Verunfallten: _____ Tage je Woche; _____ Stunden je Woche; Beschäftigungsgrad _____ %				
Betriebsübliche Vollarbeitszeit: _____ Stunden je Woche; Arbeitseinsatz <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit				
<b>4. Schaden-</b> <b>datum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
<b>1. Erst-</b> <b>behandlung</b>	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 des Patienten	
<b>2. Angaben</b> <b>der Patientin/</b> <b>des Patienten</b>	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?			
<b>3. Allgemein-</b> <b>zustand</b>	a) Besondere Wahrnehmungen (Gemütsverfassung, Alkohol, Drogen usw.)			
	b) Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Körperanomalien (Invalidität)			
<b>4. Befund</b>	Röntgenbefund:			
<b>5. Vorläufige</b> <b>Diagnose und</b> <b>ICD-Code</b>				
<b>6. Kausalität</b>	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 _____				
<b>7. Therapie</b>	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?				
<b>8. Arbeits-</b> <b>unfähigkeit</b>	<input type="checkbox"/> ja	zu	% ab	Voraussichtlich bis
	<input type="checkbox"/> nein			
<b>9. Arbeits-</b> <b>aufnahme</b>	<input type="checkbox"/> ja	Teilweise zu	% ab	Voll ab
	<input type="checkbox"/> nein			
<b>10. Behandlungs-</b> <b>abschluss</b>	<input type="checkbox"/> ja	am		
	<input type="checkbox"/> nein	- voraussichtlich in	Wochen	

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift  
der Ärztin/des Arztes \_\_\_\_\_

Geht an: Erstbehandelnde/r Ärztin/Arzt → Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft, Bundesgasse 35, 3001 Bern



