

Schadenmeldung UVG

- Unfall Zahnschaden
 Rückfall Berufskrankheit

Schaden-Nummer

Ausgleichskasse
PANVICA

die Mobilier

Erläuterungen zur Schadenmeldung siehe Rückseite

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl _____	Tel.-Nr.	Police-Nr. 495 11040.	
		Üblicher Arbeitsplatz der verletzten Person (Betriebszweig)		
2. Verletzte/r	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	
3. Anstellung	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				
4. Schaden-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse)			
6. Sachverhalt (Unfall-beschreibung, Verdacht auf Berufs-krankheit)	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. Berufs-unfall	Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
8. Nicht-berufs-unfall	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	Erstbehandelnde/r Ärztin/Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnde/r Ärztin/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 <input type="checkbox"/> 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 obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Berufliche Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse? Wenn ja, wo? _____			
15. Krankenkasse	Name, Adresse, Mitglied-Nr.			
Taggeld-auszahlung	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

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl _____	Tel.-Nr. _____	Police-Nr. 495 11040.	
			Üblicher Arbeitsplatz der verletzten Person (Betriebszweig) _____	
2. Verletzte/r	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	
3. Anstellung	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				
4. Schaden-datum	Tag Monat Jahr Zeit (Std., Min.)			
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. Arbeitsunfähigkeit	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. Arztadressen	Erstbehandelnde/r Ärztin/Arzt bzw. Spital/Klinik _____		Nachbehandelnde/r Ärztin/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 Unternehmensversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> quellensteuerpflichtig <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? _____			
15. Krankenkasse	Name, Adresse, Mitglied-Nr. _____			
Taggeldauszahlung	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.

Schaden-Nummer

Ausgleichskasse
PANVICA

die Mobiliar

Arztzeugnis UVG

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl				Tel.-Nr.	Police-Nr. 495 11040.
					Üblicher Arbeitsplatz der verletzten Person (Betriebszweig)	
2. Verletzte/r	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
3. Anstellung	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						
4. Schaden- datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)		
1. Erst- behandlung	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
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 und ICD-Code						
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 Patient/in bereits vorher unter ähnlichen 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 _____

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

