

<b>Schadenmeldung UVG</b>		<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Rückfall	Schaden-Nummer	Versicherungsgesellschaft
<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.		Police-Nr.	
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)			
<b>2. Verletzte/r</b>	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		
<b>3. Anstellung</b>	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					
<b>4. Schaden-datum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit _____	
<b>5. Unfallort</b>	Ort (Name oder PLZ) oder Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse)				
<b>6. Sachverhalt Unfallbeschreibung, Verdach 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. Maschinen, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)				
<b>8. Nicht-berufsunfall</b>	Bis wann hat der/die Verletzte <b>vor dem Unfall</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		
	Art der Schädigung _____				
<b>10. Arbeits-unfähigkeit</b>	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		
<b>11. Arzt-adressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder 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, Gesellschafter		<input type="checkbox"/> quellensteuerpflichtig
	<input type="checkbox"/> weitere(r) Arbeitgeber: _____				
<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?				
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, wo? _____				
	Name der obligatorischen Krankenversicherung: _____				

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

QualiRisk AG  
Lindenstrasse 6  
Postfach 175  
4410 Liestal

Te. +41 (0)61 927 97 97  
Fax. +41 (0)61 927 97 98

## 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.

<b>Arztzeugnis UVG</b>		Bitte Schaden-Nummer hier vermerken →	Schaden-Nummer	Versicherungsgesellschaft
<b>Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.
			Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
<b>Verletzte/r</b>	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
<b>Anstellung</b>	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			
<b>Schaden-datum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit _____
<b>1. Erst-behandlung</b>	Datum	Zeit	<input type="checkbox"/> während <input type="checkbox"/> am Unfallort	<input type="checkbox"/> ausserhalb der Sprechstunde <input type="checkbox"/> in der Wohnung der / des Patienten
<b>2. Angaben der Patientin / des Patienten</b>	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?			
<b>3. Allgemein-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 Diagnose</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 Patientin bereits vorher unter ähnlicher 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-unfähigkeit</b>	<input type="checkbox"/> ja, zu <input type="checkbox"/> nein	% ab	Voraussichtlich bis	
<b>9. Arbeits-aufnahme</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Teilweise zu % ab	Voll ab	
<b>10. Behandlungs-abschluss</b>	<input type="checkbox"/> ja, am: <input type="checkbox"/> nein- voraussichtlich in	Wochen		

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

QualiRisk AG  
Lindenstrasse 6  
Postfach 175  
4410 Liestal



