nationale suisse

UVG-Schadenmeldung: Rückfall mit Arbeitsunfähigkeit

1 Arbeitgeber/in

Police-Nr. _____ Kostenstelle _____ Organisationseinheit _____

Schaden-Nr. _____

Schaden-Nr.

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Tel. _____

E-Mail _____

2 Verletzte/r

Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich

Korrespondenzsprache deutsch

Personal-Nr. _____

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

AHV-Nr. _____ ☐ unbekannt

Geburtsdatum _____

Tel. (P) _____ Tel. (G) _____

Zivilstand _____ Staatsangehörigkeit _____

Steuerrechtlicher Wohnsitz ☐ Schweiz ☐ Ausland

Aufenthalts-/Grenzgängerbewilligung ☐ unbekannt

- gültig bis _____
- Kategorie _____

Ist der/die Verletzte quellensteuerpflichtig? ☐ nein ☐ ja

Anzahl Kinder unter 18 Jahren oder in Ausbildung bis 25 Jahre _____

Konto-Art _____

- Name der Bank _____
- Clearing-Nr. _____
- Konto-/IBAN-Nr. _____

Kontoinhaber/in _____

3 Anstellung

Datum der Anstellung

Ausgeübter Beruf

Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten (Betriebszweig)

Stellung

Arbeitsverhältnis

befristet bis/gekündigt per

Arbeitszeit der/des Verletzten in Stunden je Woche

Betriebsübliche Vollarbeitszeit in Stunden je Woche

Arbeitseinsatz

- ☐ regelmässig (ohne Saisonbeschäftigung)
- ☐ unregelmässig
- ☐ Saisonbeschäftigung

4 Schadendatum

Datum ☐ unbekannt

5 Verletzung

Zahnschaden ☐ nein ☐ ja

Betroffener Körperteil

Körperseite

Art der Schädigung

Bemerkungen, Ergänzungen zur Verletzung

6 Arzt-/Spitaladressen

6.1 Erstbehandlung

☐ unbekannt

Titel

Name

Vorname

Strasse

Nr.

PLZ

Ort

6.2 Nachbehandlung

Titel

Name

Vorname

Strasse

Nr.

PLZ

Ort

7 Arbeitsunfähigkeit	Arbeit ausgesetzt ab		voraussichtlich länger als 1 Monat	
	Arbeit wieder aufgenommen ▪ am		☐ nein ▪ Grad in %	☐ ja
8 AHV-pflichtiger Lohn	Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulagen (brutto)	CHF		
	Kinder-/Familienzulagen		☐ nein	☐ ja
		CHF		
	Ferien-/Feiertagsentschädigung		☐ nein	☐ ja
		CHF/%		
	Gratifikation/13. Monatslohn		☐ nein	☐ ja
		CHF/%		
	Andere AHV-pflichtige Lohnzulagen		☐ nein	☐ ja
		CHF/%		
		▪ Bezeichnung		
9 Sonderfälle	Weitere/r Arbeitgeber/in Name, Adresse		☐ nein ☐ ja	☐ unbekannt
	Vor dem Unfall letztmals gearbeitet ▪ Datum		☐ unbekannt	▪ Zeit
	Freiwillige Versicherung		☐ nein ☐ ja	☐ unbekannt
	Familienmitglied, Gesellschafter		☐ nein ☐ ja	☐ unbekannt
10. Leistungen aus anderen Sozialversicherungen	Anspruch auf Taggeld/Rente			
	Name, Adresse			
11. Andere Versicherungen	Kollektiv-Krankentaggeld ▪ Name, Adresse		☐ nein ☐ ja	☐ unbekannt
	▪ Police-Nr.			
	Obligatorische Krankenversicherung (KVG) ▪ Name, Adresse		☐ nein ☐ ja	☐ unbekannt
	▪ Police-Nr.			

Formular senden

Formular speichern