

Schadenmeldung UVG

- Unfall Zahnschaden
 Berufskrankheit Rückfall

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr. UVG
			E-Mail	Police-Nr. UVG-Zusatz
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)			
2. Verletzte/r	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		Tel.-Nr.	Staatsangehörigkeit/Bewilligung
	Land	PLZ	Wohnort	E-Mail
3. Anstellung	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Mitarbeiter/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 per:			
	Arbeitszeit des/der Verletzten: (Std./Woche) _____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ Prozent			
Betriebsübliche Vollarbeitszeit: (Std./Woche) _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit <input type="checkbox"/> Zwischenverdienst				
4. Schaden-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
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 Wenn ja, aufgenommen durch: _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt				
Besteht ein Unfallprotokoll? <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, bitte Kopie beilegen. <input type="checkbox"/> Nein				
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			
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"/>		Ab wann? <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise	
11. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	
	Falls Spital/Klinik: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär		Falls Spital/Klinik: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	
12. Lohn	CHF pro	Stunde	Monat	Jahr
Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto).....				
Kinder-/Familienzulagen (Anzahl Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre: _____)				
Ferien-/Feiertagsentschädigung.....in % oder				
Gratifikation/13. Monatslohn (und weitere).....in % oder				
Andere Lohnzulagen (z. B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage).....				
Bezeichnung: _____				
13. Sonderfälle	Weitere(r) Arbeitgeber: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Name und Adresse: _____ <input type="checkbox"/> Quellensteuerpflicht			
	<input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung (Arbeitgeber/Selbständigerwerbender) <input type="checkbox"/> Familienmitglied, Gesellschafter <input type="checkbox"/> Entsandter			
14. Andere Sozialversicherungsleistungen	Hat der/die Verletzte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenversicherung, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Berufliche Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenversicherung?			
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, wo? _____			
Name der obligatorischen Krankenversicherung (inkl. Police-Nr.): _____				

Ort und Datum

Unterschrift des/der Verletzten

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Geht an: Helsana

Zur Helsana-Gruppe gehören Helsana Versicherungen AG, Helsana Zusatzversicherungen AG, Helsana Unfall AG und Progrès Versicherungen AG.

Schadenmeldung UVG Doppel für den Betrieb

- Unfall Zahnschaden
 Berufskrankheit Rückfall

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr. UVG
			E-Mail	Police-Nr. UVG-Zusatz
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)			
2. Verletzte/r	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		Tel.-Nr.	Staatsangehörigkeit/Bewilligung
	Land	PLZ	Wohnort	E-Mail
3. Anstellung	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Mitarbeiter/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 per: Arbeitszeit des/der Verletzten: (Std./Woche) _____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ Prozent Betriebsübliche Vollarbeitszeit: (Std./Woche) _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit <input type="checkbox"/> Zwischenverdienst			
4. Schaden-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
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 Wenn ja, aufgenommen durch: _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt				
Besteht ein Unfallprotokoll? <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, bitte Kopie beilegen. <input type="checkbox"/> Nein				
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. 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	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	
	Falls Spital/Klinik: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär		Falls Spital/Klinik: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	
12. Lohn	CHF pro	Stunde	Monat	Jahr
Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto).....				
Kinder-/Familienzulagen (Anzahl Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre: _____)				
Ferien-/Feiertagsentschädigung.....in % oder				
Gratifikation/13. Monatslohn (und weitere).....in % oder				
Andere Lohnzulagen (z. B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage).....				
Bezeichnung: _____				
13. Sonderfälle	Weitere(r) Arbeitgeber: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Name und Adresse: _____ <input type="checkbox"/> Quellensteuerpflicht			
	<input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung (Arbeitgeber/Selbständigerwerbender) <input type="checkbox"/> Familienmitglied, Gesellschafter <input type="checkbox"/> Entsandter			
14. Andere Sozialversicherungsleistungen	Hat der/die Verletzte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenversicherung, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Berufliche Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenversicherung?			
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, wo? Name der obligatorischen Krankenversicherung (inkl. Police-Nr.): _____			

Ort und Datum

Unterschrift des/der Verletzten

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Geht an: Helsana

Zur Helsana-Gruppe gehören Helsana Versicherungen AG, Helsana Zusatzversicherungen AG, Helsana Unfall AG und Progrès Versicherungen AG.

Unfallschein UVG

Bitte Schaden-Nummer
hier vermerken →

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr. UVG
	E-Mail	Police-Nr. UVG-Zusatz	
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)		
2. Verletzte/r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse	Tel.-Nr.	Staatsangehörigkeit/Bewilligung
	Land PLZ Wohnort	E-Mail	Zivilstand
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Mitarbeiter/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 per:		
	Arbeitszeit des/der Verletzten: (Std./Woche) _____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ Prozent		
Betriebsübliche Vollarbeitszeit: (Std./Woche) _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit <input type="checkbox"/> Zwischenverdienst			
4. Schaden-datum	Tag	Monat	Jahr
	Zeit (Stunden, Minuten)		

Hinweise für die/den Verletzte/n

Wir bitten Sie, die **Schaden-Nummer** – die auf jeder Zuschrift von Helsana erwähnt ist – auf Unfall- und Apothekerschein zu übertragen sowie bei Anfragen immer anzugeben.
Dieser Unfallschein bleibt während der Dauer der Genesung in Ihren Händen; er ist dem Arzt bei jedem Besuch vorzulegen und nach Abschluss der Behandlung dem Arbeitgeber abzugeben. Dieser Schein gilt nicht als Anerkennung einer Leistungspflicht.
 Bitte kontaktieren Sie Helsana unverzüglich, falls Sie einen **Arztwechsel** vornehmen.
 Als obligatorische Unfallversicherung übernehmen wir die Kosten der allgemeinen Abteilung einer **Spitalbehandlung**. Für die Dauer des Spitalaufenthaltes kann vom Taggeld ein Betrag an die Unterhaltskosten abgezogen werden. Vorbehalten bleibt das Bestehen einer Zusatzversicherung.

Eine **Arbeitsunfähigkeit** wird durch den Arzt auf dem Unfallschein eingetragen. Teilarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten, es sei denn, der Arzt schreibe aus medizinischen Gründen etwas anderes vor (siehe Kasten unten links).*

Anspruch auf Taggeld besteht ab dem 3. Kalendertag nach dem Unfall. Das Taggeld beträgt 80% des versicherten Verdienstes.

Die notwendigen **Reise- und Transportkosten** – z. B. zum nächsten Arzt/Spital – werden Ihnen zurückerstattet. Wählen Sie bitte ein den Verhältnissen angemessenes, preisgünstiges Transportmittel (z. B. öffentliches Verkehrsmittel); gegebenenfalls Abonnement lösen. Bitte auf Spesenabrechnung Ihr Post- oder Bankkonto angeben. Lassen Sie sich aus persönlichen Gründen auswärts behandeln, so kann Helsana die entsprechenden Mehrkosten nicht entschädigen.

Eintragungen des Arztes

	Datum		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
	und Zeit des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	Grad	Gültig ab	
*evtl. Bemerkungen zur Teilarbeitsfähigkeit					
1)	%	d. h.	Std./Tag zu	%	
2)	%	d. h.	Std./Tag zu	%	
3)	%	d. h.	Std./Tag zu	%	

	Datum		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
	und Zeit des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	Grad	Gültig ab	
Die ärztliche Behandlung endete am		Medikamente bezogen bei: (Name und Adresse der Apotheke)			

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Geht an: Verletzte/r → Arbeitgeber → Helsana

Erläuterungen zur Schadenmeldung

Wir bitten Sie, die Schadenmeldung vollständig auszufüllen und uns umgehend zuzustellen. Nachstehende Ausführungen sind Ihnen dabei behilflich. 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) an Helsana senden; die restlichen Formulare können Sie vernichten. Helsana 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 Helsana sofort telefonisch benachrichtigen.

Ist keine dieser Voraussetzungen erfüllt, genügt die Meldung mittels der 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»

Buchhaltung/Büro EDV/Modeabteilung/Schulhaus

Ziffer 3 «Ausgeübter Beruf»

Es ist eine möglichst genaue Bezeichnung der wichtigsten beruflichen Tätigkeit der verletzten Person anzugeben.

Beispiele:

KV-Lehrling/Verkäuferin Textilwaren/
Finanzdirektorin/Koch/Operator/Abwart

Angaben wie Hilfsarbeiter, Angestellter usw. genügen nicht.

Ziffer 5 «Unfallort»

Beispiele:

Bei Berufsunfällen:

3014 Bern, Halle 1/Schulzimmer 10/Treppenhaus C

Bei Nichtberufsunfällen:

9424 Rheineck, Kreuzung Thaler Str. / Schulstr.
oder 6005 Luzern, Sportanlage «Allmend»

Ziffer 6 «Sachverhalt (Unfallbeschreibung, Verdacht auf Berufskrankheit)»

Bitte den Ablauf und die Begleitumstände möglichst genau schildern.

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 Versicherung ist der vereinbarte Jahresverdienst einzusetzen.

Helsana Unfall AG
Kundenservice Unternehmen
Postfach
8081 Zürich