

CSS Versicherung AG  
 c/o Suva  
 Abt. Versicherungsleistungen  
 Bereich Services  
 Postfach 4358, 6002 Luzern

Telefon 058 277 24 25  
 Fax 058 277 24 45



suva

Versicherungsträger ist die CSS Versicherung AG.  
 Die Schadenerledigung erfolgt durch die Suva.

**Schadenmeldung UVG**

- Unfall  Zahnschaden  
 Berufskrankheit  Rückfall

Schaden-Nummer

Erläuterungen zur Schadenmeldung siehe Rückseite

|   |  |         |   |   |
|---|--|---------|---|---|
| 1. Arbeitgeber  | Name und Adresse mit Postleitzahl  |         | Tel.-Nr.  | Police Nr.  |
|   |  |         | Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)  |   |
| 2. Verletzte/r  | Name und Vorname   |         | Geburtsdatum  | AHV-Nummer  |
|   | Strasse  |         | Tel.-Nr. (sofern bekannt)   | Staatsangehörigkeit   |
|   | PLZ  | Wohnort | Zivilstand  | Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre<br><input type="checkbox"/> Anzahl <input type="checkbox"/> Keine |
| 3. Anstellung   | 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<br>Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt<br>Arbeitszeit des/der Verletzten: (Stunde je Woche) _____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ Prozent<br>Betriebsübliche Vollarbeitszeit: (Stunden je Woche) _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit |         |   |   |
| 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): _____<br>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)?<br>bis: _____ Grund der Absenz: _____  |         |   |   |
| 9. Verletzung   | Betroffener Körperteil: _____ <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt<br>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:<br>Ab wann? <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise |   |
| 11. Arzt-adressen   | Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik   |         | Nachbehandelnder 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 Untermeherversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied, Gesellschafter  |         |   |   |
|   | <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?<br>Wenn ja, wo?   |         |   |   |

Wird von der Versicherung ausgefüllt

Ge

St

Zi

Stellung

B/N/F

Verletzung

Art

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

## 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 (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.

Bei Berufsunfällen empfehlen wir Ihnen zusätzlich für die Unfallabklärung die Suva-Publikation

- 66100.d (Betriebsinterne Unfallabklärung: Damit es nicht wieder passiert!);
- 66100/1.d (Ereignisprotokoll) und
- 66100/2.d (Unfallabklärung: Fragen zum betrieblichen Sicherheitssystem) zu verwenden.

---

### 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.



**Schadenmeldung UVG**

- Unfall  Zahnschaden  
 Berufskrankheit  Rückfall

Schaden-Nummer

Erläuterungen zur Schadenmeldung siehe Rückseite

|   |   |         |   |   |
|---|---|---------|---|---|
| 1. Arbeitgeber  | Name und Adresse mit Postleitzahl   |         | Tel.-Nr.  | Police Nr.  |
|   |   |         | Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)  |   |
| 2. Verletzte/r  | Name und Vorname  |         | Geburtsdatum  | AHV-Nummer  |
|   | Strasse   |         | Tel.-Nr. (sofern bekannt)   | Staatsangehörigkeit   |
|   | PLZ   | Wohnort | Zivilstand  | Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre<br><input type="checkbox"/> Anzahl <input type="checkbox"/> Keine |
| 3. Anstellung   | 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<br>Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt<br>Arbeitszeit des/der Verletzten: (Stunden je Woche) _____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ Prozent<br>Betriebsübliche Vollarbeitszeit: (Stunden je Woche) _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit |         |   |   |
| 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): _____<br>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)?<br>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"/>   |         | Falls Arbeit wieder aufgenommen:<br>Ab wann? <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise |   |
| 11. Arzt-adressen   | Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik  |         | Nachbehandelnder 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<br>Andere Lohnzulagen (z. B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage).....  |         |   |   |
| Bezeichnung: _____  |   |         |   |   |
| 13. Sonderfälle   | <input type="checkbox"/> Freiwillige Untermeherversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied, Gesellschafter<br><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?<br>Wenn ja, wo?  |         |   |   |

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift



## Apothekerschein UVG

Bitte Schaden-Nummer  
 hier vermerken →

|                |
|----------------|
| Schaden-Nummer |
|----------------|

|                                 |                                   |  |            |                         |
|---------------------------------|-----------------------------------|--|------------|-------------------------|
| <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                           | Tel.-Nr. (sofern bekannt)                                |            |                         |
|                                 | PLZ            Wohnort            |  |            |                         |
|                                 |                                   |  |            |                         |
| <b>Schaden-</b><br><b>datum</b> | Tag                               | Monat  | Jahr       | Zeit (Stunden, Minuten) |

### Hinweise für die/den Verletzte/n

Hat die Versicherung die Übernahme der Heilkosten zugesichert, so werden Ihnen die vom Arzt verordneten Medikamente vom Apotheker ohne Bezahlung abgegeben.

Alle Medikamente wollen Sie vom gleichen Apotheker beziehen, dem dieser Schein abzugeben ist. Wir bitten Sie, die auf allen Zuschriften aufgeführte Schaden-Nummer oben einzutragen bzw. durch den Apotheker eintragen zu lassen.

### Hinweise für den Apotheker

Eine Übernahme der Behandlungskosten wird dem/der Verletzten durch die Versicherung bekanntgegeben. Verlangen Sie bitte diese Bestätigung – die auch Ihnen gegenüber als Zahlungsgarantie dient – zur Einsicht und übertragen Sie die darauf vermerkte Schaden-Nummer auf diesen Apothekerschein.

### Rechnung der Apotheke

| Datum der Abgabe             | Art und Menge | Preis        |     |
|------------------------------|---------------|--------------|-----|
|                              |               | CHF          | Rp. |
|                              |               |              |     |
|                              |               |              |     |
|                              |               |              |     |
|                              |               |              |     |
|                              |               |              |     |
|                              |               |              |     |
|                              |               |              |     |
|                              |               |              |     |
|                              |               |              |     |
|                              |               |              |     |
|                              |               |              |     |
|                              |               |              |     |
|                              |               |              |     |
|                              |               |              |     |
| <b>Bitte Rezept beilegen</b> |               | <b>Total</b> |     |

Senden Sie diese Rechnung bitte nach Abschluss der Behandlung – spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum – an die oben aufgeführte Adresse.

Einen neuen Apothekerschein können Sie unter Angabe der Schaden-Nummer bei der **Versicherung** verlangen, wenn

- der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht;
- nach Ablauf von 3 Monaten weitere Medikamente benötigt werden.

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel der Apotheke: \_\_\_\_\_

|   |      |  |  |  |  |  |  |
|---|------|--|--|--|--|--|--|
| 3 | Code |  |  |  |  |  |  |
|---|------|--|--|--|--|--|--|

|  |
|--|
| Postkonto-Nr. oder zugeteilte Suva-Nr.<br><br>Bei Abrechnung über OFAC: 35-1 |
|--|



# Unfallschein UVG

Bitte Schaden-Nummer  
 hier vermerken →

Schaden-Nummer

|                      |   |         |                           |  |
|----------------------|---|---------|---------------------------|--|
| <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   |         | Tel.-Nr. (sofern bekannt) | Staatsangehörigkeit  |
|                      | PLZ   | Wohnort | Zivilstand                | Kinder bis 18 Jahre oder<br>in Ausbildung bis 25 Jahre<br><input type="checkbox"/> 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<br>Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt<br>Arbeitszeit des/der Verletzten: (Stunden je Woche) _____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ Prozent<br>Betriebsübliche Vollarbeitszeit: (Stunden je Woche) _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit |         |                           |  |
| <b>Schaden-datum</b> | Tag   | Monat   | Jahr                      | Zeit (Stunden, Minuten)  |

## Hinweise für die/den Verletzte/n

Wir bitten Sie, die **Schaden-Nummer** – die auf jeder Zuschrift der Versicherung 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.

Bei einem allfälligen **Arztwechsel** wollen Sie sich unverzüglich mit der Versicherung in Verbindung setzen.

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.

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. Über die Auszahlung orientiert die Mitteilung, die jeder/jedem Versicherten bei Anerkennung der Leistungspflicht zugestellt wird.

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 die Versicherung die entsprechenden Mehrkosten nicht entschädigen.

## Eintragungen des Arztes

| Datum<br>und Zeit des<br>nächsten Besuches | Datum<br>des erfolgten<br>Besuches | Arbeitsunfähigkeit |           | Unterschrift<br>des Arztes |
|--|------------------------------------|--------------------|-----------|----------------------------|
|  |                                    | Grad               | Gültig ab |                            |
|  |                                    |                    |           |                            |
|  |                                    |                    |           |                            |
|  |                                    |                    |           |                            |
|  |                                    |                    |           |                            |
|  |                                    |                    |           |                            |
|  |                                    |                    |           |                            |
|  |                                    |                    |           |                            |
|  |                                    |                    |           |                            |
|  |                                    |                    |           |                            |
|  |                                    |                    |           |                            |
|  |                                    |                    |           |                            |
|  |                                    |                    |           |                            |

| Datum<br>und Zeit des<br>nächsten Besuches | Datum<br>des erfolgten<br>Besuches | Arbeitsunfähigkeit |           | Unterschrift<br>des Arztes |
|--|------------------------------------|--------------------|-----------|----------------------------|
|  |                                    | Grad               | Gültig ab |                            |
|  |                                    |                    |           |                            |
|  |                                    |                    |           |                            |
|  |                                    |                    |           |                            |
|  |                                    |                    |           |                            |
|  |                                    |                    |           |                            |
|  |                                    |                    |           |                            |
|  |                                    |                    |           |                            |
|  |                                    |                    |           |                            |
|  |                                    |                    |           |                            |
|  |                                    |                    |           |                            |
|  |                                    |                    |           |                            |
|  |                                    |                    |           |                            |

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Die ärztliche Behandlung endete am | Medikamente bezogen bei:<br>(Name und Adresse der Apotheke) |
|------------------------------------|---|

| * evtl. Bemerkungen zur Teilarbeitsfähigkeit |   |       |             |   |
|--|---|-------|-------------|---|
| 1)   | % | d. h. | Std./Tag zu | % |
| 2)   | % | d. h. | Std./Tag zu | % |
| 3)   | % | d. h. | Std./Tag zu | % |

Stempel des Arztes