

Schadenmeldung UVG

- Unfall Zahnschaden
 Berufskrankheit Rückfall

Schaden-Nummer

Erläuterungen zur Schadenmeldung siehe Rückseite

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)		
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. 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. 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

Die Helsana Versicherungen AG ist ermächtigt, alle Handlungen im Namen und für Rechnung der Helsana Zusatzversicherungen AG und Helsana Unfall AG vorzunehmen.

Helsana Versicherungen AG
Firmenkunden
Schadenmanagement
Unfall Deutsche Schweiz
Postfach
8081 Zürich

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.

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. 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. 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: Arbeitgeber

Die Helsana Versicherungen AG ist ermächtigt, alle Handlungen im Namen und für Rechnung der Helsana Zusatzversicherungen AG und Helsana Unfall AG vorzunehmen.

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.

Arztzeugnis 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	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)		
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:					
	Bitte entsprechende Berichtkopien beilegen (Röntgen, MRI, CT, usw.).					
5. Diagnose	Bei HWS-Verletzung, bitte gleichzeitig ausgefüllten HWS-Fragebogen beilegen.					
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? _____ vom/bis _____ voraussichtlich bis _____					
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: Erstbehandelnder Arzt → Helsana

Die Helsana Versicherungen AG ist ermächtigt, alle Handlungen im Namen und für Rechnung der Helsana Zusatzversicherungen AG und Helsana Unfall AG vorzunehmen.

Helsana Versicherungen AG
Firmenkunden
Schadenmanagement
Unfall Deutsche Schweiz
Postfach
8081 Zürich

Helsana Versicherungen AG
Firmenkunden
Schadenmanagement
Unfall Deutsche Schweiz
Postfach
8081 Zürich

Helsana Versicherungen AG
Firmenkunden
Schadenmanagement
Unfall Deutsche Schweiz
Postfach
8081 Zürich