

Schadenmeldung

- Unfall Zahnschaden
 Berufskrankheit Rückfall

OUFL

1. Arbeitgeber	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)			
	Geburtsdatum		AHV-Nummer	
e-mail :				
2. Verletzte/r	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr. des/der Verletzten	Zivilstand
	Staaatsangehörigkeit		Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre	
			<input type="checkbox"/> Anzahl <input type="checkbox"/> Keine	
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 / Arbeiter/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			
	Arbeitszeit des/der Verletzten : Stunden je Woche		Vertraglicher Beschäftigungsgrad : Prozent	
	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 (Unfallbe- schreibung, Verdacht auf Berufs- Krankheit)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles ; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
	Beteiligte Person(en) : <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) ?			
	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	
12. Lohn	Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)		CHF pro	Stunde
	Kinder-/Familienzulagen			Monat
	Ferien-/Feiertagsentschädigung		% oder	Jahr
	Gratifikation/13.Monatslohn (und weitere)		% oder	
	Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage)			
Bezeichnung :				
13. Sonderfälle	<input type="checkbox"/> Freiwillige Unternehmensversicherung		<input type="checkbox"/> Familienmitglied, Gesellschafter	
	<input type="checkbox"/> Weitere/r Arbeitgeber		<input type="checkbox"/> Quellensteuerpflichtig	
14. PC-Konto oder Bankkonto des Betriebes, betreffend Überweisung des Leistungen :				
15. 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 ?			
	Wenn ja, welche :			
	Name der obligatorischen Krankenversicherung :			

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift
