

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

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police Nr.
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)			
<b>2. Verletzte/r</b>	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 <input type="checkbox"/> Anzahl <input type="checkbox"/> Keine
<b>3. 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 Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt Arbeitszeit des/der Verletzten: (Stunde je Woche) _____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ Prozent Betriebsübliche Vollarbeitszeit: (Stunden je Woche) _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit			
<b>4. Schaden-datum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
<b>5. Unfallort</b>	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse)			
<b>6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung, Verdacht auf Berufskrankheit)</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
	Beteiligte Person(en): _____ Besteht ein Polizeirapport? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt			
<b>7. Berufsunfall</b>	Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
<b>8. Nicht-berufsunfall</b>	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? bis: _____ Grund der Absenz: _____			
<b>9. Verletzung</b>	Betroffener Körperteil: _____		<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt	
<b>10. Arbeits-unfähigkeit</b>	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	
<b>11. Arzt-adressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	
<b>12. Lohn</b>	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:				
<b>13. Sonderfälle</b>	<input type="checkbox"/> Freiwillige Untermeherversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied, Gesellschafter <input type="checkbox"/> weitere(r) Arbeitgeber:			
<b>14. Andere Sozialversicherungsleistungen</b>	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, 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 Untermeherversicherung ist der vereinbarte Jahresverdienst einzusetzen.



**Schadenmeldung UVG**

- Unfall  Zahnschaden  
 Berufskrankheit  Rückfall

Schaden-Nummer

Erläuterungen zur Schadenmeldung siehe Rückseite

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police Nr.
			Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
<b>2. Verletzte/r</b>	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 <input type="checkbox"/> Anzahl <input type="checkbox"/> Keine
<b>3. 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 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			
<b>4. Schaden-datum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
<b>5. Unfallort</b>	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse)			
<b>6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung, Verdacht auf Berufskrankheit)</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
	Beteiligte Person(en): _____ Besteht ein Polizeirapport? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt			
<b>7. Berufsunfall</b>	Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
<b>8. Nicht-berufsunfall</b>	Bis wann hat der/die Verletzte <b>vor dem Unfall letztmals</b> im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? bis: _____ Grund der Absenz: _____			
<b>9. Verletzung</b>	Betroffener Körperteil: _____		<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt	
<b>10. Arbeits-unfähigkeit</b>	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	
<b>11. Arzt-adressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	
<b>12. Lohn</b>	<b>CHF pro</b>	<b>Stunde</b>	<b>Monat</b>	<b>Jahr</b>
	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: _____				
<b>13. Sonderfälle</b>	<input type="checkbox"/> Freiwillige Untermeherversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied, Gesellschafter <input type="checkbox"/> weitere(r) Arbeitgeber:			
<b>14. Andere Sozialversicherungsleistungen</b>	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, wo?			

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift



