Helsana Unfall AG
Kundenservice Unternehmen
Postfach, 8081 Zürich www.helsana.ch EAN 7601003005431

Helsana

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	Zivilstand
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf	
	Stellung: ☐ Höheres Kader ☐ Mittleres Kader ☐ Angestellte/r / Mitarbeiter/in ☐ Lehrling ☐ Praktikant/in		
	Verhältnis: ☐ unbefristeter Arbeitsvertrag ☐ befristeter Arbeitsvertrag ☐ Arbeitsverhältnis gekündigt per:		
	Arbeitszeit des/der Verletzten: (Std./Woche) Vertraglicher Beschäftigungsgrad: Prozent		
	Betriebsübliche Vollarbeitszeit: (Std./Woche) Arbeitseinsatz: ☐ unregelmässig ☐ Kurzarbeit ☐ Zwischenverdienst		
4. Schadendatum	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? ☐ Ja Wenn ja, aufgenommen durch: ☐ Nein ☐ Unbekannt		
	Besteht ein Unfallprotokoll? ☐ Ja Wenn ja, bitte Kopie beilegen. ☐ Nein		
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)		
8. Nichtberufsunfall	Bis wann hat der/die Verletzte **vor dem Unfall letztmals** im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?		
	bis: Grund der Absenz:		
9. Verletzung	Betroffener Körperteil: ☐ links ☐ rechts ☐ unbestimmt		
	Art der Schädigung:		
10. Arbeitsunfähigkeit	Arbeit zufolge Unfalles ausgesetzt? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, ab wann?		
	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit länger als 1 Monat ☐	Falls Arbeit wieder aufgenommen: Ab wann? ☐ ganz ☐ teilweise	
11. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik Falls Spital/Klinik: ☐ ambulant ☐ stationär	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik Falls Spital/Klinik: ☐ ambulant ☐ 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: ☐ Nein ☐ Ja, ☐ Quellensteuerpflicht
	☐ Freiwillige Versicherung (Arbeitgeber/Selbständigerwerbender) ☐ Familienmitglied, Gesellschafter ☐ 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?
	☐ Nein ☐ 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.

HEL-00137-de-1216-0003-36777