

Schadenmeldung UVG

☒ Unfall ☐ Zahn- ☐ Beru- ☐ Rückfall

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Kunden.-Nr.
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)		
2. Verletzte/r	Name und Vorname und Adresse mit Postleitzahl		Geburtsdatum	AHV-Nummer
		Tel.-Nr.(sofern bekannt)		Staatsangehörigkeit
		Zivilstand		Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre
Ist die Person steuerpflichtig? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein		verheiratet		Anzahl: 4 <input type="checkbox"/> keine
3. Anstellung	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf	
	01.08.2000		Berufsschullehrer 44601003	
Stellung:		<input type="checkbox"/> Höheres Kader <input checked="" type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellt / Arbeiter <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant		
Verhältnis:		<input checked="" type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt		
Arbeitszeit des/der Verletzten: Stunden je Woche		20 Vertraglicher Beschäftigungsgrad: 80 Prozent		
Betriebsübliche Vollarbeitszeit: Stunden je Woche		25 Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit		
4. Schaden-	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
datum	22	10	2006	12.15
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse)			
	Menzenwald, südseite, St. Gallen			
6. Sachverhalt (Unfallbe- schreibung, Verdacht auf Berufs- krankheit)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
	Sturz beim spielen mit den Kindern			
Beteiligte Person(en):				
Besteht ein Polizeirapport? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" 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: 28.9.2006 Grund der Absenz:			
9. Verletzung	Betroffener Körperteil	Seite	Art der Schädigung	
	Gesicht	unbestimmt	Kopfverletzung	
10. Arbeits- unfähigkeit	Arbeit zufolge Unfalles ausgesetzt?		Wenn ja, ab wann?	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		23.10.2006	
Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit:		Falls Arbeit wieder aufgenommen		
länger als 1 Monat <input type="checkbox"/>		Ab wann? 24.10.2006 <input checked="" type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise		
11. Arzt- adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	
	KANTONSSPITAL RORSCHACHER STR. 95, 9000 ST. GALLEN			
12. Lohn	CHF pro	Stunde	Monat	Jahr
Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)			8780.00 + 72	105'360.-
Kinder- / Familienzulagen			624.10 + 12	7'489.20
Ferien- / Feiertagsentschädigung in % oder				
Gratifikation / 13. Monatslohn (und weitere) in % oder				8780.00
Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage)				124'629.20
Bezeichnung:				106'400.-
13. Sonderfälle	<input type="checkbox"/> Freiwillige Unternehmensversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied, Gesellschafter <input checked="" type="checkbox"/> weitere(r) Arbeitgeber: keine			
14. Andere Sozialver- sicherungs- leistungen	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:

ST. GALLEN, 31.10.2006

Kontaktperson:

Übermittlungsart:

eCase

Tel. Kontaktperson:

Bemerkungen:

Herr [redacted] ist am 24.10.2006 verstorben