

## Schadenmeldung UVG

☒ Unfall  
☐ Berufskrankheit**Beilage 1**  
☐ Verletztes  
☐ Rückfall

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl Electric AG	Kontaktperson (Name, Telefonnummer, E-Mail)	
Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)		Frauenfeld 105136524OPD	
2. Verletzter	Name und Adresse mit Postleitzahl Frau	Geburtsdatum 1999	SV-Nummer
Tel. Nr Mobil Nr		Staatsangehörigkeit Italien	
Zivilstand Verheiratet		Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre Anzahl <input checked="" type="checkbox"/> Keine	
3. Anstellung	Datum der Anstellung 01.03.2022	Ausgeübter Beruf Produktionsmitarbeiterin	
Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input checked="" type="checkbox"/> Angestellte/r / ArbeiterIn <input type="checkbox"/> Lernende/r <input type="checkbox"/> Praktikant/in			
Verhältnis: <input checked="" type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt			
Arbeitszeit des/der Verletzten: Stunden je Woche 42		Vertraglicher Beschäftigungsgrad: 100%	
Betriebsübliche Vollarbeitszeit: Stunden je Woche 42		Arbeitseinsatz: Regelmässig	
4. Schaden- datum:	Tag 11	Monat 02	Jahr. 2024
Zeit (Stunden, Minuten) 12:30			
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse) Kreisverkehr		
6. Sachverhalt (Unfallbe- schreibung, Verdacht auf Berufs- krankheit)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge Autofahren (Fahrer oder Mitfahrer) : Kreisverkehr. Im Kreisverkehr drin, auf der Beifahrerseite geessen, Auto von rechts in die Beifahrerseite gefahren. Kotflügel und Türe beschädigt. Beteiligte Person(en): Besteht ein Polizeirapport? <input checked="" 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: Freitag, 09.02.2024 12:00 Grund der Absenz:		
9. Verletzung	Körperteil: Schulter Körperteil: Halswirbelsäule	links <input type="checkbox"/> rechts <input checked="" type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/>	Schädigung: Prellung Schädigung: Verdrehung / Verstauchung
10. Arbeits- unfähigkeit	Arbeit zufolge des Unfalles ausgesetzt?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, ab wann? 11.02.2024
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. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik Kantonsspital	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	
12. Lohn	CHF pro	Stunde	Monat
Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)			46800.00
Kinder-/Familienzulagen			
Ferien-/Feiertagsentschädigung			
Gratifikation/13. Monatslohn			3900.00
Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage)			4200.00
Bezeichnung:			
13. Sonderfälle	<input type="checkbox"/> Freiwillige Unternehmensversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied, Gesellschafter		
<input type="checkbox"/> Weitere(r) Arbeitgeber: --			
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 oder auf Mutterschaftsentschädigung? Wenn ja, wo?		

Ort und Datum