**UV-IV Schadenmeldung**

|  |
| --- |
| **Versicherte Person** |
|  |  |  |
| Name      |  | Vorname      |
|  |  |  |
| Strasse, Hausnummer      |  | PLZ, Ort      |
|  |  |  |
| Telefonnummer      |  | E-Mail-Adresse      |
|  |  |  |
| Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)      |  | Sozialversicherungsnummer (756.xxxx.xxxx.xx)756.      |
|  |  |  |
| Zivilstand      |  | Geschlecht[ ]  Weiblich [ ]  Männlich |
|  |  |  |
| Staatsangehörigkeit      |  | Sprache[ ]  Deutsch [ ]  Französisch [ ]  Italienisch  |
|  |  |  |
| Anzahl Kinder      |  |  |
|  |  |  |
| **Unfalldetails** |
|  |  |  |
| Unfalldatum (TT.MM.JJJJ)      |  | Unfallzeit      |
|  |  |  |
| Unfallort (PLZ und Ort)      |  | Land      |
|  |  |  |
| Unfallstelle (Arbeitsplatz, Strasse, Fitnesscenter, Skipiste etc.)      |
|  |  |  |
| Sachverhalt (möglichst detailliert)      |
|  |  |  |
| Beteiligte Gegenstände mit genauem Beschrieb (Ski, Bügeleisen, Säge, Telefonstange, Auto, Velo etc.)      |
|  |  |  |
| Beteiligte Personen / Tiere mit genauem Beschrieb(Name + Adresse, wenn bekannt, bzw. Tierart, Name und Adresse des Halters, wenn bekannt)      |
|  |  |  |
| Polizeirapport(Falls ja, bitte Kopie des Polizeirapports beilegen und zuständige Polizeistelle angeben.)[ ]  Ja [ ]  Nein Zuständige Polizeistelle:       |
|  |  |  |
| 🡪 **Die folgenden 2 Fragen müssen nur bei einem *Nichtberufsunfall* ausgefüllt werden.** |
|  |  |  |
| Letzte Teilnahme an der Massnahme vor dem Unfall(letzte Arbeitszeit / Pensum)Arbeitszeit:      Pensum (%):      Tag / Datum:       |  | Tätigkeit zum UnfallzeitpunktWählen Sie ein Element aus.Anderer Grund:       |
|  |  |  |
| **Arbeitsunfähigkeit** |
|  |  |  |
| Massnahme ausgesetzt ab Datum (TT.MM.JJJJ)      |  | Arbeitsunfähigkeit in Prozent       % |
|  |  |  |
| Wurde die Massnahme wieder aufgenommen? Wenn ja, bitte Datum und Umfang der Wiederaufnahme angeben.[ ]  Ja [ ]  Nein[ ]  Vollständig [ ]  Nur teilweise Datum:       |
|  |  |  |
| **Verletzung** |
|  |  |  |
| Verletztes KörperteilHauptverletzung: Wählen Sie ein Element aus. Weitere Verletzung: Wählen Sie ein Element aus. |
|  |  |  |
| Verletzungsseite (links / rechts)Hauptverletzung:[ ]  Links [ ]  Rechts [ ]  Unbestimmt [ ]  BeidseitigWeitere Verletzung:[ ]  Links [ ]  Rechts [ ]  Unbestimmt [ ]  Beidseitig |
|  |  |  |
| VerletzungsartHauptverletzung: Wählen Sie ein Element aus. Weitere Verletzung: Wählen Sie ein Element aus.Andere:       |
|  |  |  |
| **Behandlung** |
|  |  |  |
| Name der medizinischen Fachperson der Erstbehandlung        |  | Land      |
|  |  |  |
| Strasse, Hausnummer      |  | PLZ, Ort      |
|  |  |  |
| Name + Adresse medizinischer Fachperson für Nachbehandlung (wenn bekannt)      |  |  |
|  |  |  |
| **Massnahme der IV-Stelle** |
|  |  |  |
| Dauer (TT.MM.JJJJ)von       bis       |  | Anbieter der Massnahme (Name, Adresse)      |
|  |  |  |
| Art der MassnahmeWählen Sie ein Element aus. Andere:       |
|  |  |  |
| **Entschädigung****(muss bei Bagatellunfall *nicht* ausgefüllt werden)** |
|  |  |  |
| Bezug einer IV-Rente[ ]  Ja [ ]  Nein |  | Bezug von IV-Taggeldern[ ]  Ja [ ]  Nein |
|  |  |  |
| Ausgleichskasse      |  | Auszahlung von IV-Taggeldern ab (Datum)      |
|  |  |  |
| Auszahlung an[ ]  Versicherte Person [ ]  ArbeitgeberAndere:       |  | Zahlungsadresse (IBAN)      |
|  |  |  |
| Quellensteuerpflicht[ ]  Ja [ ]  Nein [ ]  Unbekannt |  | Nebenverdienst (Anstellung / Verdienst neben der Massnahme)[ ]  Ja [ ]  NeinName Betrieb:       |
|  |  |  |
| Andere Sozialversicherungsleistungen (Taggeld oder Rente eines anderen Versicherers)[ ]  Ja [ ]  NeinSozialversicherung/en:      Schaden- / Versicherten- oder Referenznummern:       |

Sie können dieses Formular auf dem Postweg oder per E-Mail an Ihre zuständige Eingliederungsfachperson zustellen. Anschliessend werden wir Ihre Angaben gemäss diesem Formular elektronisch an die SUVA übermitteln.

Ort, Datum:

Nachstehend finden Sie ein Adressblatt mit der Anschrift der IV-Stelle Solothurn.

Dieses passt in Briefumschläge mit Fenster links oder rechts.

 IV-Stelle Solothurn IV-Stelle Solothurn

 Allmendweg 6 Allmendweg 6

 4528 Zuchwil 4528 Zuchwil