**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 Unfallzeitpunkt  Wählen 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 Körperteil  Hauptverletzung: Wählen Sie ein Element aus. Weitere Verletzung: Wählen Sie ein Element aus. | | |
|  |  |  |
| Verletzungsseite (links / rechts)  Hauptverletzung:  Links  Rechts  Unbestimmt  Beidseitig  Weitere Verletzung:  Links  Rechts  Unbestimmt  Beidseitig | | |
|  |  |  |
| Verletzungsart  Hauptverletzung: 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 Massnahme  Wählen 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  Arbeitgeber  Andere: |  | Zahlungsadresse (IBAN) |
|  |  |  |
| Quellensteuerpflicht  Ja  Nein  Unbekannt |  | Nebenverdienst  (Anstellung / Verdienst neben der Massnahme)  Ja  Nein  Name Betrieb: |
|  |  |  |
| Andere Sozialversicherungsleistungen (Taggeld oder Rente eines anderen Versicherers)  Ja  Nein  Sozialversicherung/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