

Bagatellunfall-Meldung UVG

Versicherer

Schadensnummer



assicura
Ihre Versicherungs-Treuhand

1. Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.		
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)			
2. Verletzter Name Vorname Strasse PLZ und Wohnort Telefon PC oder Bankkonto Krankenkasse	Geburtsdatum	AHV-Nummer		
	Nationalität	Heimatort		
	Zivilstand			
3. Anstellung Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit			
4. Unfall-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
5. Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall? (Ort / Stelle)			
6. Unfallbe-schreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe			
7. Nicht-berufsunfall	Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?			
8. Verletzung	Betroffener Körperteil (links / rechts)	Art der Schädigung		
9. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		
10. Arbeitszeit des Verletzten	Tage je Woche	Stunden je Woche	Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden	Arbeitseinsatz:
				unregelmässig Kurzarbeit

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Hinweis für den Arbeitgeber

Diese Bagatellunfall-Meldung ist auszufüllen, wenn die Verletzung **keine Arbeitsunfähigkeit** oder eine solche von **höchstens 3 Kalendertagen** (Unfalltag und die anschliessenden 2 Tage) zur Folge hat.

Ausnahmen: Liegt – eine Berufskrankheit,
– ein Zahnschaden oder
– ein Rückfall vor,

so ist anstelle dieser Bagatellunfall-Meldung eine Formulargarnitur «Unfallmeldung UVG» auszufüllen.

Wird ein **zweiter Arzt** zugezogen, so werden **wir** ihm ein Rechnungsformular zustellen.

Geht an: **assicura ag, Schuppisstrasse 7, 9016 St. Gallen**

Bagatellunfall-Meldung UVG Doppel für den Arbeitgeber



assicura
Ihre Versicherungs-Treuhand

Versicherer

Schadensnummer

1. Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.		Police-Nr.	
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)			
2. Verletzter Name Vorname Strasse PLZ und Wohnort Telefon PC oder Bankkonto Krankenkasse	Geburtsdatum		AHV-Nummer (11stellig)	
	Nationalität		Heimatort	
	Zivilstand			
3. Anstellung	Datum der Anstellung		Übliche berufliche Tätigkeit	
4. Unfall-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
5. Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall? (Ort / Stelle)			
6. Unfallbe-schreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe			
7. Nicht-berufs-unfall	Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?			
8. Verletzung	Betroffener Körperteil (links / rechts)		Art der Schädigung	
9. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	
10. Arbeitszeit des Verletzten	Tage je Woche	Stunden je Woche	Betriebsübliche wöchent-liche Arbeitsstunden	Arbeitseinsatz: unregelmässig Kurzarbeit

Geht an: Doppel für den Arbeitgeber

Arztschein zu Bagatellunfall-Meldung UVG



assicura
Ihre Versicherungs-Treuhand

Versicherer

Schadensnummer

1. Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.		Police-Nr.	
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)			
2. Verletzter Name Vorname Strasse PLZ und Wohnort Telefon PC oder Bankkonto Krankenkasse	Geburtsdatum		AHV-Nummer (11stellig)	
	Nationalität		Heimatort	
	Zivilstand			
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit		
4. Unfall-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
5. Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall? (Ort / Stelle)			
6. Unfallbe-schreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe			
7. Nicht-berufsunfall	Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)?			
8. Verletzung	Betroffener Körperteil (links / rechts)		Art der Schädigung	
9. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	

Eintragungen des Arztes Verletzter Körperteil und Art der Schädigung

Arztrechnung

A. Leistungen nach Tarif				B. Medikamente und Verbandmaterial		
Datum	Tarif-ziffer	Tax-punkte	Bitte leer lassen	Art und Menge	Fr. Preis	Rp.
Total				X	Total A	
					Total A + B	

Dauert die Arbeitsunfähigkeit **länger als 3 Kalendertage**, so bitten wir Sie, vom Arbeitgeber eine Formulargarnitur «Unfallmeldung UVG» zu verlangen. Der Bagatellschein ist in diesem Fall unausgefüllt mit dem Anfangszeugnis der Versicherung zuzustellen.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Postcheck-Konto-Nr. oder Bank und Bankkonto-Nr.

Bitte Röntgenfilme nur auf besonderen Wunsch beilegen

Geht an: **Erstbehandelnden Arzt**

assicura ag, Schuppisstrasse 7, 9016 St. Gallen



Versicherer

Schadensnummer

Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
Verletzter Name Vorname Strasse PLZ und Wohnort Telefon PC oder Bankkonto Krankenkasse	Geburtsdatum	AHV-Nummer (11stellig)

Unfall-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
---------------------	-----	-------	------	-------------------

Hinweise für den Verletzten

Die vom Arzt verordneten Medikamente werden Ihnen vom Apotheker gegen Abgabe dieses Scheines kostenlos abgegeben. Alle Medikamente sind aus der gleichen Apotheke zu beziehen.

Hinweise für den Apotheker

Bitte senden Sie diese Rechnung nach Abschluss der Behandlung – spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum – an die Versicherung. Einen neuen Apothekerschein können Sie bei uns verlangen, wenn
 – der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht;
 – nach Ablauf von 3 Monaten weitere Medikamente benötigt werden.

Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis	
		Fr.	Rp.
Bitte Rezepte beilegen	Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datum

Stempel der Apotheke

Postcheck-Konto-Nr. oder Bank und Bankkonto-Nr.

Abrechnung über OFAC?