



Bagatellunfall-Meldung UVG

| | |
|---------|------------------------------------|
| Agentur | Referenznummer bitte stets angeben |
|---------|------------------------------------|

| | | | |
|---|--|--|---|
| 1. Arbeitgeber | Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl | Tel.-Nr. | Police-Nr. |
| | e-mail : | Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) | |
| | | Geburtsdatum | AHV-Nummer (11 stellig) |
| 2. Verletzte/r | Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl | Zivilstand | Staatsangehörigkeit |
| | e-mail : | Tel.-Nr. des/der Verletzten | Arbeitsbewilligung (für Ausländer) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> |
| | | Weitere(r) Arbeitgeber | |
| 3. Anstellung | Datum der Anstellung | Ausgeübter Beruf | |
| | Stellung : <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/in | | |
| | Verhältnis : <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt | | |
| | Arbeitszeit des/der Verletzten : Stunden je Woche Vertraglicher Beschäftigungsgrad : Prozent | | |
| | Betriebsübliche Vollarbeitszeit : Stunden je Woche Arbeitseinsatz : <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit | | |
| 4. Schaden-datum | Tag Monat Jahr | Zeit (Stunden, Minuten) | |
| 5. Unfallort | Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse) | | |
| 6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung) | Tätigkeit zur Zeit des Unfalles ; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge | | |
| | | | |
| | Beteiligte Person(en) : | | |
| | Besteht ein Polizeirapport ? <input 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 : Grund der Absenz : | | |
| 9. Verletzung | Betroffener Körperteil : | <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt | |
| | Art der Schädigung : | | |
| 10. Arzt-adressen | Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik | | Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik |
| | | | |
| 11. Kostenerstattung am Mitarbeiter auf Bankkonto (Konto-Nr. und Name der Bank) oder PC-Konto : | | | |

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Hinweis für den Arbeitgeber

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

Ausnahmen : Anstelle dieser "Bagatellunfall-Meldung" ist eine "Schadenmeldung UVG" auszufüllen bei :

- Berufskrankheit,
- Zahnschaden, oder
- Rückfall.

Dem zugezogenen Arzt bzw. Den Ärzten werden wir ein Rechnungsformular zustellen.



Arztschein UVG

| | |
|---------|------------------------------------|
| Agentur | Referenznummer bitte stets angeben |
|---------|------------------------------------|

| | | |
|--|---|--|
| 1. Arbeitgeber Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl e-mail : _____ | Tel.-Nr. | Police-Nr. |
| | Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) | |
| | Geburtsdatum | AHV-Nummer (11 stellig) |
| 2. Verletzte/r Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl e-mail : _____ | Zivilstand | Staatsangehörigkeit |
| | Tel.-Nr. des/der Verletzten | |
| 3. Anstellung | Datum der Anstellung | Ausgeübter Beruf |
| Arbeitszeit des/der Verletzten : _____ Stunden je Woche Vertraglicher Beschäftigungsgrad : _____ Prozent | | |
| 4. Schaden- datum | Tag Monat Jahr | Zeit (Stunden, Minuten) |
| 5. Unfallort | Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse) | |
| 6. Sachverhalt (Unfallbe- schreibung) | Tätigkeit zur Zeit des Unfalles ; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge | |
| 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 : _____ Grund der Absenz : _____ | |
| 9. Verletzung | Betroffener Körperteil : _____ <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt | Art der Schädigung : _____ |
| 10. 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 Verbandsmaterial | |
|--------------------------|-------------|-----------|-------------------------------------|-------|
| Datum | Tarifziffer | Taxpunkte | Art und Menge | Preis |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Total | | | Total B | |
| | | X | Total A | |
| | | CHF | Total A + B | |

Resultiert eine Arbeitsunfähigkeit, bitten wir Sie, vom Arbeitgeber ein Formular "Arztzeugnis UVG" zu verlangen. Der Arztschein ist in diesem Fall unausgefüllt mit dem Anfangszeugnis der Versicherung zuzustellen.

Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arztes _____

Postkonto-Nr. oder Bank und Konto-Nr. _____

Zurückzusenden an

GENERALI Assurances
Avenue Perdtemps 23
Case postale 3400
1260 Nyon 1

Geht an : Erstbehandelnden Arzt >> Generali Versicherungen

Apothekerschein UVG

| | | | |
|--|--|-------|-------------------------|
| Agentur | Referenznummer bitte stets angeben | | |
| Arbeitgeber Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl e-mail : _____ | Tel.-Nr. | | Police-Nr. |
| | Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) | | |
| | Geburtsdatum | | AHV-Nummer (11 stellig) |
| Verletzte/r Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl e-mail : _____ | Tel.-Nr. des/der Verletzten | | |
| Schaden- datum | Tag | Monat | Jahr |
| | Zeit (Stunden, Minuten) | | |

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 oben aufgeführte Adresse.

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.

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| Verletzung | Betroffener Körperteil : _____ Art der Schädigung : _____ | |
| Arzt- adressen | Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik | Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik |

Rechnung der Apotheke

| Datum der Abgabe | Art und Menge | Preis | |
|-------------------------------|---------------|--------------|--|
| | | CHF | Rp. |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Bitte Rezepte beilegen | | Total | <input style="width: 100px;" type="text"/> |

Datum : _____

Stempel der Apotheke : _____



Postkonto-Nr. oder Bank und Konto-Nr.

Bei Abrechnung über OFAC : 35-1

 Zurückzusenden an 

GENERALI Assurances
Avenue Perdtemps 23
Case postale 3400
1260 Nyon 1

Geht an : Verletzte/n >> Apotheker >> Generali Versicherungen