Bagatellunfall-Meldung UVG

# Hinweis für den Arbeitgeber

Diese Bagatellunfall-Meldung ist auszufüllen, wenn **keine Arbeitsunfähigkeit** oder eine solche von

**höchstens 2 Kalendertagen** (Unfalltag und die anschliessenden 2 Tage) eintritt.

# Ausnahmen

Anstelle dieser „Bagatellunfall-Meldung“ ist eine „Unfall-Meldung UVG“ auszufüllen bei:

* Berufskrankheit
* Zahnschaden
* Rückfall

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** |        |
| **Policen-Nummer** |        |
| **Schaden-Nummer** |        |

# Versicherungsnehmer

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname / Firma |        |
| Ansprechpartner |        |
| Strasse und Ort |        |

Telefon       E-Mail

|  |  |
| --- | --- |
| Bank- oder Postcheckkonto / IBAN-Nr. |       |
| Sind Sie MwSt-vorsteuerabzugsberechtigt? | [ ]  Ja [ ]  Nein |

# Verletzte Person

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname |        |
| Strasse und Ort |        |

Telefon       E-Mail

|  |  |
| --- | --- |
| Staatsangehörigkeit |        Zivilstand  |
| Aufenthaltsbewilligung | [ ]  A | [ ]  B |  [ ]  C | Andere       |

Geburtsdatum       Geschlecht

|  |  |
| --- | --- |
| AHV-Nummer (11 stellig) |        |
| Anzahl Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre |        [ ]  Keine |

|  |  |
| --- | --- |
| **Anstellung** |  |
| Datum der Anstellung |  | Ausgeübter Beruf       |  |
| Verhältnis |  |  [ ]  Unbefristet |  [ ]  Befristet Gekündigt per       |  |
| Stellung |  |  |  |
| [ ]  Höheres Kader [ ] [ ]  Lernende/r. [ ]  | Mittleres KaderPraktikant/in |  [ ]  Angestellte/r / Arbeiter/in [ ]  Als |  |
| Arbeitszeit | [ ]  Stunden je Woche |  Vertraglicher Beschäftigungsgrad |      % |
| Betriebsübliche Vollarbeitszeit | [ ]  Stunden je Woche |  Arbeitseinsatz [ ]  Unregelmässig | [ ]  Kurzarbeit |

# Unfalldatum und Folgen

|  |  |
| --- | --- |
| Schadendatum |        Zeit       |
| Unfallort (Name oder PLZ) und -Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse) |        |

Sachverhalt

|  |  |
| --- | --- |
| Tätigkeit zur Zeit des Unfalles |        |
| Unfallhergang |        |
| Beteiligte Personen |        |
| Polizeirapport |  [ ]  Ja Dienststelle       [ ]  Nein |

**Berufsunfall**: Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff)

|  |  |
| --- | --- |
| Bitte genaue Bezeichnung |        |

**Nicht-Berufsunfall**: Bis wann hat der/die Verletzte **vor dem Unfall letztmals** im Betrieb gearbeitet

|  |  |
| --- | --- |
| Bis (Wochentag, Datum, Zeit) |        |
| Grund der Absenz |        |
| **Verletzung** (betroffener Körperteil) |  [ ]  Links [ ]  Rechts [ ]  Unbestimmt |

Art der Schädigung

# Arztadressen

|  |  |
| --- | --- |
| Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik |        |
| Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik |        |

**Bemerkungen**

Die unterzeichnete Person ermächtigt die Versicherungsgesellschaften zur Einsichtnahme in die amtlichen und me- dizinischen Akten.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Bitte senden Sie das Formular entweder per E-Mail an info@360-virtus.ch oder per Post. Die Adresse finden Sie auf der ersten Seite unten links. Vielen Dank.