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 Kader  Praktikant/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](mailto:info@360-virtus.ch%20) oder per Post. Die Adresse finden Sie auf der ersten Seite unten links. Vielen Dank.