arc GROUP AG
Gesellschaftsunabhängige Versicherungs- & Finanzberatung
Zentralstrasse 120, Postfach
5430 Wettingen 2
Telefon 056 631 80 20

Bagatellunfallmeldung UVG

Schadennummer:

1. Arbeitgeber		Telefon	Police-Nr.
		Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verunfallte Person		Geburtsdatum	AHV-Nummer
		Nationalität / Heimatort	Zivilstand
3. Anstellung	Datum der Anstellung / übliche Tätigkeit	☐ **gelernt** ☐ **angelernt** ☐ **ungelernt** ☐ **Lehrling**	
Unfalldatum			
4. Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall?		
5. Unfallbeschreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls: Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe		
6. Nichtberufsunfall	Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Datum / Zeit)?	von:	bis:
7. Verletzung	Betroffener Körperteil (links/rechts)	Art der Schädigung	
8. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	
9. Arbeitszeit des Verl.	Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden:	Tage je Woche	
	Arbeitseinsatz: ☐ **unregelmässig** ☐ **Kurzarbeit**	Stunden je Woche	
Ort und Datum		Stempel und Unterschrift	
Geht an: arc Robert M. Stutz GmbH			

Hinweis für den Arbeitgeber

Diese Bagatellunfall-Meldung ist auszufüllen, wenn die Verletzung keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

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

so ist anstelle dieser Bagatellunfall-Meldung eine Unfallmeldung auszufüllen.

Wird ein zweiter Arzt zugezogen, werden wir ihm ein Rechnungsformular zustellen

Arztschein zu Bagatellunfallmeldung UVG

Schadennummer:

1. Arbeitgeber		Telefon	Police-Nr.
		Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verunfallte Person		Geburtsdatum	AHV-Nummer
		Nationalität / Heimatort	Zivilstand
3. Anstellung	Datum der Anstellung / übliche Tätigkeit	☐ **gelernt** ☐ **angelernt** ☐ **ungelernt** ☐ **Lehrling**	
Unfalldatum			
4. Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall?		
5. Unfallbeschreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls: Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe		
6. Nichtberufsunfall	Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Datum / Zeit)?	von:	bis:
7. Verletzung	Betroffener Körperteil (links/rechts)	Art der Schädigung	
8. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	

Ort und Datum	Stempel und Unterschrift
Geht an: Erstbehandelnder Arzt -> Versicherungsgesellschaft	

Eintragungen des Arztes Verletzter Körperteil oder Art der Schädigung / Diagnose:

A. Leistungen nach Tarif				B. Medikamente und Verbandsmaterial	
Datum	Tarifziffer	Taxpunkte	Bitte leer lassen	Art und Menge	Fr.
				Total B	0,00
Bitte Röntgenfilme beilegen	Total	0		X Taxpunktwert Fr.	Total A 0.00
					Total A + B 0.00

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

Datum

Stempel und Unterschrift

Postcheck-Konto oder Bankverbindung

Apothekerschein zu Bagatellunfallmeldung UVG

Schadennummer:

1. Arbeitgeber	Telefon	Police-Nr.
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verunfallte Person	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Nationalität / Heimatort	Zivilstand

Unfalldatum

Hinweis 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.

Hinweis 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.
Bitte Rezepte beilegen	Total CHF	0,00

Datum:

Stempel der Aptheke:

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

Geht an:

Verletzter -> Arbeitgeber -> arc Robert M. Stutz GmbH -> Versicherungsgesellschaft

Formulardaten via Email senden

Dokument drucken