Bitte wählen Sie die betreffende Versicherungsgesellschaft aus . . . . . ☐

inconsult
insurance | investment | consulting

Bagatellunfall-Meldung UVG/OUFL

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Vertrag-Nr.
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verletzte/r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse	Zivilstand	Staatsangehörigkeit
	PLZ Wohnort	Weitere(r) Arbeitgeber	
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf	
	Stellung: ☐ Höheres Kader ☐ Mittleres Kader ☐ Angestellte/r / Arbeiter/in ☐ Lehrling ☐ Praktikant/in		
	Arbeitszeit des/der Verletzten: Stunden je Woche _____		
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 Personen, 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: _____ ☐ links ☐ rechts ☐ unbestimmt Art der Schädigung:		
10. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	

Ort und Datum Stempel und Unterschrift

Per E-Mail senden

Hinweis für den Arbeitgeber

Diese Bagatellunfall-Meldung ist auszufüllen, wenn **keine Arbeitsunfähigkeit** oder eine solche von **höchstens 3 Kalendertagen** (UVG) bzw. **2 Kalendertagen** (OUFL) [Unfalltag und die anschliessenden 2 bzw. 1 Tage] eintritt.

Ausnahmen: Anstelle dieser Bagatellunfall-Meldung ist ein normales UVG/OUFL Schadenformular auszufüllen bei
- Berufskrankheit
- Zahnschaden oder
- Rückfall

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

Für Rückerstattungsgesuche von bereits bezahlten Rechnungen bitten wir Sie, Belege beizulegen und nachfolgend die Zahladresse anzugeben (Postkonto-Nr. oder Bank und IBAN-Nr.).

inconsult
insurance | investment | consulting

Bitte wählen Sie die betreffende Versicherungsgesellschaft aus . . . . . .

Bagatellunfall-Meldung UVG/OUFL
Doppel für den Arbeitgeber

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Vertrag-Nr.
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verletzte/r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse	Zivilstand	Staatsangehörigkeit
	PLZ Wohnort	Weitere(r) Arbeitgeber	
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf	
	Stellung: ☐ Höheres Kader ☐ Mittleres Kader ☐ Angestellte/r / Arbeiter/in ☐ Lehrling ☐ Praktikant/in		
	Arbeitszeit des/der Verletzten: Stunden je Woche _____		
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 Personen, 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: _____ ☐ links ☐ rechts ☐ unbestimmt Art der Schädigung:		
10. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

KOPIE

Arztschein UVG/OUFL

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Vertrag-Nr.
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verletzte/r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse	Zivilstand	Staatsangehörigkeit
	PLZ Wohnort	Weitere(r) Arbeitgeber	
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf	
	Stellung: ☐ Höheres Kader ☐ Mittleres Kader ☐ Angestellte/r / Arbeiter/in ☐ Lehrling ☐ Praktikant/in		
	Arbeitszeit des/der Verletzten: Stunden je Woche _____		
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 Personen, 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: _____ ☐ links ☐ rechts ☐ 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

Artzrechnung

A. Leistungen nach Tarif			B. Medikamente und Verbandsmaterial	
Datum	Tarif-ziffer	Tax-punkte	Art und Menge	Preis
			Total B	
			Taxpunkt-wert	
Bitte Röntgen-filme beilegen	Total		X CHF	Total A
				Total A + B

Resultiert eine Arbeitsunfähigkeit, bitten wir Sie, vom Arbeitgeber ein Formular «Arztzeugnis» 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 IBAN-Nr.

Geht an: Erstbehandelnden Arzt → Versicherung

Bitte wählen Sie die betreffende Versicherungsgesellschaft aus . . . . . .

inconsult
insurance | investment | consulting

Apothekerschein UVG/OUFL

Schaden-Nummer

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Vertrag-Nr.
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
Verletzte/r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		
	PLZ Wohnort		

Schaden-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)

Hinweise für die/den Verletzte/n

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 Schadendatum – 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 CHF	Rp.
	Total		

Bitte Rezepte beilegen

Datum:

Stempel der Apotheke:

3	Code			

Postkonto-Nr. oder Bank und IBAN-Nr.

Bei Abrechnung über OFAC: 35-1

Geht an: Verletzte/n → Apotheker → Versicherung