

SCHADENANZEIGE | Seite 1/4

Unfall-Meldung UVG Bagatellschaden



Die Sichermacher

1. VERSICHERUNGSNEHMER

Name	Gesellschaft
Adresse	Policen-Nr
Telefon	Schaden-Nr.
Ansprechpartner	PC / Bank / IBAN-Nr.
E-Mail	

2. VERLETZTE PERSON

Name / Vorname	Heimatort / Nationalität
Adresse	AHV-Nr.
PLZ / Ort	Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M
Telefon	Zivilstand <input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet
Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Verwitwet
	<input type="checkbox"/> Eingetragene Partnerschaft

3. TÄTIGKEIT IM BETRIEB

Ausgeübter Beruf	Arbeitsverhältnis seit
Stellung <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lernende/r	
Arbeitsstunden des / der Verletzten pro Woche	

4. UNFALLHERGANG

Unfalldatum	Zeit	H
Unfallort		
Unfallhergang		

Berufsunfall: Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)

Nichtbetriebsunfall: bis wann hat der / die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet

(Wochentag, Datum, Zeit)

Bis	Grund der Absenz
-----	------------------

5. UNFALLFOLGEN

Betroffener Körperteil	<input type="checkbox"/> Links	<input type="checkbox"/> Rechts	<input type="checkbox"/> Unbestimmt
Arzt-Adressen			
Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik			
Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik			
Amtliche Tatbestandsaufnahme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Durch welche Stelle?
Ist Jemand für den Unfall haftbar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Gibt es Zeugen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name / Vorname	Name / Vorname		
Adresse	Adresse		
PLZ / Ort	PLZ / Ort		
Telefon	Telefon		
Besteht eine Haftpflichtversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Name der Versicherungsgesellschaft			
Policen-Nr.			

6. BEMERKUNGEN

Der / die unterzeichnete Person ermächtigt die Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten und ist damit einverstanden, dass die Versicherungsgesellschaft die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte oder involvierte Versicherungsgesellschaften (Mit- oder Rückversicherer) im In- und Ausland weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt. Der / die Unterzeichnete darf ohne Einwilligung der Gesellschaft keine Schadenersatzansprüche anerkennen.

Ort und Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Hinweis für Arbeitgeber

Diese Bagatellunfall-Meldung ist auszufüllen, wenn keine Arbeitsunfähigkeit oder eine solche von höchstens 3 Kalendertagen (Unfalltag und die anschliessenden 2 Tage) eintritt. Ausnahme: Anstelle dieser Bagatellunfall-Meldung ist die Schadenmeldung UVG auszufüllen bei - **Berufskrankheit**, - **Zahnschaden** oder - **Rückfall**. Wird ein zweiter Arzt zugezogen, so werden wir ihm ein Rechnungsformular zustellen. Für Rückerstattungs-gesuche von bereits bezahlten Rechnungen bitten wir Sie, die Belege beizulegen und nachfolgend die Zahladresse (Post- / Bankkonto) anzugeben.

Geht an:

UVG-Versicherer

Bitte senden Sie das Formular entweder per Mail an info@vcw.ch oder per Post an Ihren VCW-Berater.
VCW Versicherungs-Treuhand AG, Beratername, Bösch 37, 6331 Hünenberg. Dankeschön.

SCHADENANZEIGE | Seite 3/4

Unfall-Meldung UVG Bagatellschaden

Arztschein



1. VERSICHERUNGSNEHMER

Name	Gesellschaft
Adresse	Policen-Nr.
Telefon	Schaden-Nr.

2. VERLETZTE PERSON

Name / Vorname	AHV-Nr.
Adresse	Geburtsdatum
PLZ / Ort	Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M
Telefon	

3. UNFALLDATUM UND FOLGEN

Unfalldatum	Zeit	H
Betroffener Körperteil	<input type="checkbox"/> Links	<input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Unbestimmt
Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		
Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		

EINTRAGUNG DES ARZTES

Arztrechnung

A. Leistungen nach Tarif

B. Medikamente / Verbrauchsmaterial

Datum	Tarifziffer	Bezugziffer	Anzahl	Taxpunkte			Menge	Art	CHF
				TARMED AL+TL	Labor	Physio			
Zwischentotal							Total Medikamente / Verbrauchsmaterial		

Diagnose (verletzter Körperteil und Art der Schädigung)	CHF
Behandlung abgeschlossen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Total TP TARMED x CHF / TP __ = Total TARMED Total TP Analysenliste x CHF / TP __ = Total Labor Total TP Physio x CHF / TP __ = Total Physio
Bemerkungen	Total Medikamente / Verbrauchsmaterial
Gesamtbetrag	

Datum	PC-Konto oder Bank-Konto

Geht an: erstbehandelnde/r Arzt / Ärztin

→ UVG-Versicherer

Unfall-Meldung UVG Bagatellschaden Apothekerschein



1. VERSICHERUNGSNEHMER

Name	Gesellschaft
Adresse	Policen-Nr.
Telefon	Schaden-Nr.
	PC / Bank / IBAN-Nr.

2. VERLETZTE PERSON

Name / Vorname	AHV-Nr.
Adresse	Geburtsdatum
PLZ / Ort	Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M
Telefon	

3. UNFALLDATUM

Unfalldatum	Zeit	H
-------------	------	---

Hinweis für die / den Verletzte/n

Die vom Arzt verordneten Medikamente werden Ihnen von der/dem ApothekerIn gegen Abgabe dieses Scheines kostenlos abgegeben. Alle Medikamente sind aus der gleichen Apotheke zu beziehen.

Hinweis für die Apotheke

Bitte senden Sie diese Rechnung nach Abschluss der Behandlung – spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum – an die unten angeführte Adresse. Einen neuen Apothekerschein können Sie verlangen, wenn:
 - der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht
 - nach Ablauf von 3 Monaten weitere Medikamente benötigt werden.

EINTRAGUNG DER APOTHEKE

Rechnung der Apotheke

Datum der Ausgabe	Art und Menge	Preis CHF	
			Der / die unterzeichnete Person ermächtigt die Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten und ist damit einverstanden, dass die Versicherungsgesellschaft die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte oder involvierte Versicherungsgesellschaften (Mit- oder Rückversicherer) im In- und Ausland weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt. Der / die Unterzeichnete darf ohne Einwilligung der Gesellschaft keine Schadenersatzansprüche anerkennen.
			Datum
			Stempel der Apotheke
			Post- oder Bankkonto-Nr.
Bitte Rezepte beilegen		Total	

Geht an: Verletzte/r → ApothekerIn → UVG-Versicherer