

Bagatellunfall - Meldung UVG			Police- / Betriebs-Nr.		
			Schaden-Nummer (wird von der Gesellschaft ausgefüllt)		
1. Arbeitgeber		Korrespondenzadresse	Telefon / Fax	Zuständige Person / E-mail direkt	
Telefonnummer		IC Unicon AG Kägenstr. 17 Postfach 4153 Reinach 1	061 716 90 90	Bankverbindung: KtoNr BankPC Clearing PC (VN)	
			061 716 90 89		
2. Verletzte/r (Vorname / Name / Adresse)		Geburtsdatum	Zivilstand	Heimatort (nur im Todesfall)	
		Nationalität	AHV-Nummer	<input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter	
3. Anstellung	Datum der Anstellung	übliche berufliche Tätigkeit			
Stellung: Höheres Kader Mittleres Kader Angestellte/r / ArbeiterIn Lehrling PraktikantIn		Arbeitszeit des/der Verletzten: Stunden je Woche			
4. Schadendatum		Zeit			
5. Unfallort	Wo ereignete sich der Unfall (Ort / Stelle)				
6. Unfallbeschreibung	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe				
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Beschreibung)				
8. Nicht-berufsunfall	Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)				
9. Verletzung	Betroffener Körperteil	links	rechts	Art der Schädigung	
10. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Hinweis für den Arbeitgeber

Diese Bagatellunfall-Meldung ist auszufüllen, wenn **keine Arbeitsunfähigkeit** oder eine solche von höchstens **3 Kalendertagen** (Unfalltag und anschliessenden 2 Tage) eintritt.

Ausnahmen: Anstelle dieser Bagatellunfall-Meldung ist eine "grosse" Unfallmeldung UVG auszufüllen bei

- Berufskrankheit
- Zahnschaden oder
- Rückfall

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

Für Rückerstattungsgesuche von bereits bezahlten Rechnungen bitten wir Sie, Belege beizulegen und nachfolgend die Zahladresse (falls oben nicht bereits ausgefüllt) anzugeben:

Zuständige Geschäftsstelle:	Telefon Fax
-----------------------------	----------------

Apothekerschein			
zu Bagatellunfall-Meldung		UVG	
Bitte hier vermerken		Schaden-Nummer	
Arbeitgeber	Telefonnummer	Police- / Betriebs-Nr.	
Verletzte/r (Vorname / Name)	Geburtsdatum	AHV-Nummer	
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten		
Schadendatum	Zeit		

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

Senden Sie diese Rechnung bitte nach Abschluss der Behandlung - spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum - an die oben aufgeführte Adresse.

Einen neuen Apothekerschein können Sie unter Angabe der Unfall-Nummer bei der Versicherung verlangen, wenn

- der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht;
- nach Ablauf von 3 Monaten weitere Medikamente benötigt werden.

Verletzung	Betroffener Körperteil: Art der Schädigung:	links	rechts	unbestimmt
Arzt-Adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		

Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis	
		CHF	Rp.
Bitte Rezepte beilegen		Total	

Datum: _____

Stempel der Apotheke: _____

3	Code	
---	------	--

Postcheck-Nr. oder Bank und Bankkonto-Nr. oder Suva-Nr.
Bei Abrechnung über die OFAC: 35-1

Zuständige Geschäftsstelle:	Telefon Fax
-----------------------------	----------------

Unfallschein UVG			
		Bitte hier vermerken	
		Unfall-Nummer	
Arbeitgeber	Telefonnummer	Police- / Betriebs-Nr.	
Verletzte/r (Vorname / Name)	Geburtsdatum	Zivilstand	
Anstellung Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit	Nationalität	AHV-Nummer
Unfalldatum	Zeit	Kinder bis 20 od. in Ausbildung bis 25 J. Anzahl <input type="checkbox"/> keine	
		Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten	<input type="radio"/> gelernt <input type="radio"/> angelernt <input type="radio"/> ungelernt <input type="radio"/> Lehrling

Hinweis für den Verletzten

Wir bitten Sie, die **Unfallnummer** - die auf jeder Zuschrift der Versicherung erwähnt ist - auf Unfall- und Apothekerschein zu übertragen sowie bei Anfragen immer anzugeben.

Dieser Unfallschein bleibt während der Dauer der Genesung in Ihren Händen; er ist dem Arzt bei jedem Besuch vorzulegen und nach Abschluss der Behandlung im Betrieb abzugeben. Dieser Schein gilt nicht als Anerkennung einer Leistungspflicht.

Arztwechsel. Bei einem allfälligen Arztwechsel wollen Sie sich unverzüglich mit der Versicherung in Verbindung setzen.

Spitalbehandlung. Als obligatorische Unfallversicherung übernehmen wir die Kosten der allgemeinen Abteilung. Für die Dauer des Spitalaufenthaltes kann vom Taggeld ein Beitrag an die Unterhaltskosten abgezogen werden.

Eine Arbeitsunfähigkeit wird durch den Arzt auf dem Unfallschein eingetragen. Teilarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten, es sei denn, der Arzt schreibe aus medizinischen Gründen etwas anderes vor.

Anspruch auf Taggeld besteht ab dem 3. Kalendertag nach dem Unfall. Das Taggeld beträgt 80% des versicherten Verdienstes. Über die Auszahlung orientiert die Mitteilung, die jedem Versicherten bei Anerkennung der Leistungspflicht zugestellt wird.

Die notwendigen **Reise- und Transportkosten** - z.B. zum nächsten Arzt/Spital - werden Ihnen zurückerstattet. Wählen Sie bitte ein den Verhältnissen angemessenes, preisgünstiges Transportmittel (z.B. öffentliches Verkehrsmittel); gegebenenfalls Abonnement lösen. Bitte auf Spesenrechnung Ihr Postcheck- oder Bank-Konto angeben. Lassen Sie sich aus persönlichen Gründen auswärts behandeln, so kann die Versicherung die entsprechenden Mehrkosten nicht entschädigen.

Eintragungen des Arztes

Datum und Zeit des nächsten Besuches		Datum des erfolgten Besuches		Arbeitsunfähigkeit Grad		Arbeitsunfähigkeit Gültig ab		Unterschrift des Arztes	
Die ärztliche Behandlung endigte am:						Medikamente bezogen bei: (Name, Adresse der Apotheke)			
Stempel des Arztes									

Geht an: Verletzter → Arbeitgeber → Gesellschaft