

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		Schaden-Nummer	
Bitte hier vermerken			
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

