



Schaden-Nummer

## Bagatellunfall-Meldung UVG

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl			Tel.-Nr.	Police-Nr.
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)				
<b>2. Verletzte/r</b>	Name und Vorname			Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse			Zivilstand	Staatsangehörigkeit
	PLZ	Wohnort		Weitere(r) Arbeitgeber	
	Bankkonto und Clearing-Nr. oder PC-Konto			Name der obligatorischen Krankenversicherung (inkl. Mitglied-Nr.)	
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung			Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/in				
<b>4. Schaden-datum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)	
<b>5. Unfallort</b>	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse)				
<b>6. Sachverhalt (detaillierte Unfallbeschreibung)</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge				
<b>7. Berufsunfall</b>	Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)				
<b>8. Nicht-berufsunfall</b>	Bis wann hat der/die Verletzte <b>vor dem Unfall letztmals</b> im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?				
	bis:		Grund der Absenz:		
<b>9. Verletzung</b>	Betroffener Körperteil:			<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt
	Art der Schädigung:				
<b>10. Arzt-adressen</b>	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 die anschliessenden 2 Tage) eintritt.

Ausnahmen: Anstelle dieser Bagatellunfall-Meldung ist eine weisse Formulargarnitur 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 (Post-/Bankkonto und Clearing-Nr.) anzugeben.

**Verteiler:**

- grünes Formular → Gerling Allgemeine Versicherungs-AG, Postfach, 8034 Zürich
- gelbes Formular → Doppel für Ihre Akten
- weisses Formular → Erstbehandelnder Arzt → Gerling Allgemeine Versicherungs-AG, Postfach, 8034 Zürich
- blaues Formular → Verletzte/r → Apotheke → Gerling Allgemeine Versicherungs-AG, Postfach, 8034 Zürich

**Bagatellunfall-Meldung UVG  
 Doppel für den Arbeitgeber**

Schaden-Nummer

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl			Tel.-Nr.	Police-Nr.
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)				
<b>2. Verletzte/r</b>	Name und Vorname			Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse			Zivilstand	Staatsangehörigkeit
	PLZ	Wohnort		Weitere(r) Arbeitgeber	
	Bankkonto und Clearing-Nr. oder PC-Konto			Name der obligatorischen Krankenversicherung (inkl. Mitglied-Nr.)	
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung			Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/in Arbeitszeit des/der Verletzten: Stunden je Woche				
<b>4. Schaden-datum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)	
<b>5. Unfallort</b>	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse)				
<b>6. Sachverhalt (detaillierte Unfallbeschreibung)</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge				
<b>7. Berufsunfall</b>	Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)				
<b>8. Nicht-berufsunfall</b>	Bis wann hat der/die Verletzte <b>vor dem Unfall letztmals</b> im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?				
	bis:			Grund der Absenz:	
<b>9. Verletzung</b>	Betroffener Körperteil:			<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt	
	Art der Schädigung:				
<b>10. Arzt-adressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik			Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift





Schaden-Nummer

## Apothekerschein UVG

<b>Arbeitgeber</b> Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
<b>Verletzte/r</b> Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse	
PLZ Wohnort		
Bankkonto und Clearing-Nr. oder PC-Konto	Name der obligatorischen Krankenversicherung (inkl. Mitglied-Nr.)	
<b>Schaden-</b> <b>datum</b>	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.

<b>Verletzung</b>	Betroffener Körperteil:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> unbestimmt
	Art der Schädigung:			
<b>Arzt-</b> <b>adressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		

### Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis	
		CHF	Rp.
<b>Bitte Rezepte beilegen</b>		<b>Total</b>	

Datum:

Stempel der Apotheke:

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

Postkonto-Nr. oder Bank, Clearing-Nr. und Konto-Nr.

Bei Abrechnung über OFAC: 35-1

Geht an: Verletzte/n → Apotheker → Gerling Allgemeine Versicherungs-AG, Postfach, 8034 Zürich