

Schaden-Nummer

Bagatellunfall-Meldung UVG

| | | | |
|--|---|--|--|
| 1. Arbeitgeber | Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____ | Tel.-Nr. | Kunden-Nr. |
| | | Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) | |
| 2. Verletzte/r | Name und Vorname _____ Strasse _____ PLZ Wohnort | Geburtsdatum | AHV-Nummer |
| | | Tel.-Nr. | Staatsangehörigkeit |
| | | Zivilstand | |
| 3. Anstellung | 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 | | |
| | Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt | | |
| | Arbeitszeit des/der Verletzten: _____ Stunden je Woche | | Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ Prozent |
| | Betriebsübliche Vollarbeitszeit: _____ Stunden je Woche | | Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit |
| 4. Schaden-datum | Tag Monat Jahr | Zeit (Stunden, Minuten) | |
| 5. Unfallort | Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Arbeitsplatz, Strasse) | | |
| 6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung) | Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge | | |
| | Beteiligte Person(en) : Besteht ein Polizeirapport ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Unbekannt | | |
| 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: _____ | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt |
| | Art des 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 die anschliessenden 2 Tage) eintritt.

Ausnahmen: Anstelle dieser Bagatellunfall-Meldung ist die Formulargarnitur «Schadenmeldung UVG» auszufüllen bei

- Berufskrankheit,
- Zahnschaden oder
- Rückfall

Für Rückerstattungsgesuche von bereits bezahlten Rechnungen bitten wir Sie, Belege beizulegen und nachfolgend die Zahladresse (Post-/Bankkonto) anzugeben.

Verteiler: erste Seite → HOTELA
 Kopie → doppel für Ihre Akten
 Apothekerschein → Verletzte/r → Apotheke → HOTELA



HOTELA

Rue de la Gare 18, Case Postale 1251, 1820 Montreux 1, Tel. 021 962 49 49, www.hotela.ch

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

Schaden-Nummer

| | | | | |
|---|---|--|--|-------------------------|
| 1. Arbeitsgeber | Name und Adresse mit Postleitzahl | | Tel.-Nr. | N° d'entreprise |
| | | | Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) | |
| 2. Verletzte/r | Name und Vorname | | Geburtsdatum | AHV-Nr. |
| | Strasse | | Tel.-Nr. | Staatsangehörigkeit |
| | PLZ | Wohnort | Zivilstand | |
| 3. Anstellung | 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"/> stagiaire | | | |
| | Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt | | | |
| | Arbeitszeit des/der Verletzten: _____ Stunden je Woche | | Beschäftigungsgrad _____ Prozent | |
| Betriebsübliche Vollarbeitszeit: _____ Stunden je Woche | | Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit | | |
| 4. Schaden-datum | Tag | Monat | Jahr | Zeit (Stunden, Minuten) |
| 5. Unfallort | Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Arbeitsplatz, Strasse) | | | |
| 6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung) | Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge | | | |
| | Beteiligte Person(en) : Besteht ein Polizeirapport ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Unbekannt | | | |
| 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: _____ | | <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt | |
| 10. Arzt-adressen | Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik | | Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik | |
| | | | | |

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift



HOTELA

Rue de la Gare 18, Case Postale 1251, 1820 Montreux 1, Tel. 021 962 49 49, www.hotela.ch

Schaden-Nummer

Apothekerschein UVG

| | | | |
|---------------------|--|--------------|-------------------------|
| Arbeitgeber | Name und Adresse mit Postleitzahl | Tel.-Nr. | Kunden-Nr. |
| | Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) | | |
| Verletzte/r | Name und Vorname | Geburtsdatum | AHV-Nr. |
| | Strasse | | |
| | PLZ Wohnort | | |
| | | | |
| Schadendatum | Tag | Monat | Jahr |
| | | | Zeit (Stunden, Minuten) |

Hinweise für die/den Verletzte/n

Hat die Versicherung die Übernahme der Heilkosten zugesichert, so werden Ihnen die vom Arzt verordneten Medikamente vom Apotheker ohne Bezahlung abgegeben.

Alle Medikamente wollen Sie vom gleichen Apotheker beziehen, dem dieser Schein abzugeben ist. Wir bitten Sie, die auf allen Zuschriften aufgeführte Schaden-Nummer oben einzutragen bzw. durch den Apotheker eintragen zu lassen.

Hinweise für den Apotheker

Bitte, 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 Schaden-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: _____ <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbestimmt |
| | Art der Schädigung: _____ |
| Arzt-adressen | Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik |
| | Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik |

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

Datum: _____

Stempel der Apotheke: _____

Konto-Nr. oder Konkordats-Nr.

Geht an: Verletzte/r → Apotheke → HOTELA