Bagatellunfall-Meldung UVersG

Hinweis für den Arbeitgeber

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

Ausnahmen

Anstelle dieser „Bagatellunfall-Meldung“ ist eine „Unfall-Meldung UVersG“ auszufüllen bei:

* Berufskrankheit
* Zahnschaden
* Rückfall

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Versicherungsgesellschaft | | |  | | | | | | | | | | | |
| Policen-Nummer | | |  | | | | | | | | | | | |
| Schaden-Nummer | | |  | | | | | | | | | | | |
| Versicherungsnehmer | | | | | | | | | | | | | | |
| Name, Vorname / Firma | | |  | | | | | | | | | | | |
| Ansprechpartner | | |  | | | | | | | | | | | |
| Strasse und Ort | | |  | | | | | | | | | | | |
| Telefon | | |  | | | | E-Mail | | | |  | | | |
| Bank- oder Postcheckkonto / IBAN-Nr. | | | Bankname und Nummer | | | | | | | | | | | |
| Sind Sie MwSt-vorsteuerabzugsberechtigt? | | | Ja | | | | Nein | | | | | | | |
| Verletzte Person | | | | | | | | | | | | | | |
| Name, Vorname | | |  | | | | | | | | | | | |
| Strasse und Ort | | |  | | | | | | | | | | | |
| Telefon | | |  | | | | E-Mail | | | |  | | | |
| Staatsangehörigkeit | | |  | | | | Zivilstand | | | |  | | | |
| Aufenthaltsbewilligung | | | A | | B | | C | | | | Andere | |  | |
| Geburtsdatum | | |  | | | | Geschlecht | | | |  | | | |
| AHV-Nummer (11 stellig) | | |  | | | | | | | | | | | |
| Anzahl Kinder bis 18 Jahre oder in  Ausbildung bis 25 Jahre | | |  | | | | Keine | | | | | | | |
| Anstellung | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum der Anstellung | | |  | | | Ausgeübter Beruf | | | | |  | | | |
| Verhältnis | | | Unbefristet | | | Befristet | | | | | Gekündigt per | | |  |
| Stellung | | | | | | | | | | | | | | |
| Höheres Kader | Mittleres Kader | | | | | Angestellte/r / Arbeiter/in | | | | | | | | |
| Lernende/r | Praktikant/in | | | | | Als | | |  | | | | | |
| Arbeitszeit | | Stunden je Woche | | | | Vertraglicher Beschäftigungsgrad | | | | | | | | % |
| Betriebsübliche Vollarbeitszeit | | Stunden je Woche | | | | Arbeitseinsatz | | | | Unregelmässig | | | | Kurzarbeit |
| Unfalldatum und Folgen | | | | | | | | | | | | | | |
| Schadendatum | | |  | | | | Zeit | | | |  | | | |
| Unfallort (Name oder PLZ) und -Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse) | | |  | | | | | | | | | | | |
| Sachverhalt | | | | | | | | | | | | | | |
| Tätigkeit zur Zeit des Unfalles | | |  | | | | | | | | | | | |
| Unfallhergang | | |  | | | | | | | | | | | |
| Beteiligte Personen | | |  | | | | | | | | | | | |
| Polizeirapport | | | Ja | Dienststelle | | |  | | | | | | | Nein |
| **Berufsunfall**: Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff) | | | | | | | | | | | | | | |
| Bitte genaue Bezeichnung | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Nicht-Berufsunfall**: Bis wann hat der/die Verletzte **vor dem Unfall letztmals** im Betrieb gearbeitet | | | | | | | | | | | | | | |
| Bis (Wochentag, Datum, Zeit) | | |  | | | | | | | | | | | |
| Grund der Absenz | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Verletzung** (betroffener Körperteil) | | |  | | | | | Links | | | | Rechts | | Unbestimmt |
| Art der Schädigung | | |  | | | | | | | | | | | |
| Arztadressen | | | | | | | | | | | | | | |
| Erstbehandelnder Arzt bzw.  Spital/Klinik | | |  | | | | | | | | | | | |
| Nachbehandelnder Arzt bzw.  Spital/Klinik | | |  | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| Bemerkungen |
|  |
| Die unterzeichnete Person ermächtigt die Versicherungsgesellschaften zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Stempel und  Unterschrift |  |

Bitte senden Sie das Formular entweder per E-Mail an [broker@schreibermaronsprenger.li](mailto:broker@schreibermaronsprenger.li) oder per Post.

Die Adresse finden Sie auf der ersten Seite unten links. Vielen Dank.