



Eine Online-Schadenmeldung finden Sie auf [www.helsana.ch](http://www.helsana.ch)

Helsana Versicherungen AG  
Firmenkunden  
Schadenmanagement  
Unfall Deutsche Schweiz  
Postfach  
8081 Zürich

## Bagatellunfall-Meldung UVG Doppel für den Betrieb

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr. UVG
			E-Mail	Police-Nr. UVG-Zusatz
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)			
2. Verletzte/r	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		Tel.-Nr.	Staatsangehörigkeit/Bewilligung
	Land	PLZ	Wohnort	E-Mail
3. Anstellung	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf	
	Stellung:    Höheres Kader    Mittleres Kader    Angestellte/r / Mitarbeiter/in    Lehrling    Praktikant/in			
	Verhältnis:    unbefristeter Arbeitsvertrag    befristeter Arbeitsvertrag    Arbeitsverhältnis gekündigt per:			
	Arbeitszeit des/der Verletzten: (Std./Woche) _____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ Prozent			
Betriebsübliche Vollarbeitszeit: (Std./Woche) _____ Arbeitseinsatz:    unregelmässig    Kurzarbeit    Zwischenverdienst				
4. Schaden-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse)			
6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
Beteiligte Person(en): _____				
Besteht ein Polizeirapport?    Ja    Wenn ja, aufgenommen durch: _____    Nein    Unbekannt				
Besteht ein Unfallprotokoll?    Ja    Wenn ja, bitte Kopie beilegen.    Nein				
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z. B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
8. Nicht-berufsunfall	Bis wann hat der/die Verletzte <b>vor dem Unfall letztmals</b> im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? bis: _____ Grund der Absenz: _____			
9. Verletzung	Betroffener Körperteil: _____ links    rechts    unbestimmt Art der Schädigung: _____			
10. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	
11. Sonderfälle	Weitere(r) Arbeitgeber:    Nein    Ja, Name und Adresse: _____		Quellensteuerpflicht	
	Freiwillige Versicherung (Arbeitgeber/Selbständigerwerbender)		Familienmitglied, Gesellschafter	
	Name der obligatorischen Krankenversicherung (inkl. Police-Nr.): _____		Entsander	

Ort und Datum

Unterschrift des/der Verletzten

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

### 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 Formulargarnitur «Schadenmeldung UVG» auszufüllen bei

- Berufskrankheit,
- Zahnschaden oder
- Rückfall

Für Rückerstattungsgesuche von bereits bezahlten Rechnungen bitten wir Sie, die Originalbelege beizulegen und nachfolgend die Zahladresse (Post-/Bankkonto) sowie den Kontoinhaber anzugeben:

Geht an: Arbeitgeber

Die Helsana Versicherungen AG ist ermächtigt, alle Handlungen im Namen und für Rechnung der Helsana Zusatzversicherungen AG und Helsana Unfall AG vorzunehmen.



Helsana Versicherungen AG  
Firmenkunden  
Schadenmanagement  
Unfall Deutsche Schweiz  
Postfach  
8081 Zürich



Helsana Versicherungen AG  
Firmenkunden  
Schadenmanagement  
Unfall Deutsche Schweiz  
Postfach  
8081 Zürich