

CSS Versicherung AG
 c/o Suva Bern
 Laupenstrasse 11
 Postfach
 3001 Bern

Telefon 058 277 24 25
 Fax 058 277 24 45



Versicherungsträger ist die CSS Versicherung AG.
 Die Schadenerledigung erfolgt durch die Suva.

suva

Schaden-Nummer

Bagatellunfall-Meldung UVG

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)			
2. Verletzte/r	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		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"/> Praktikant/in			
Arbeitszeit des/der Verletzten: (Stunden je Woche) _____				
4. Schaden-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse)			
6. Sachverhalt (Unfallbe-schreibung)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
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 der Schädigung: _____				
10. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	

Wird von der Versicherung ausgefüllt

Ge
 St
 Zi

Stellung

B/N/F

Verletzung
 Art

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) anzugeben.

Verteiler:
 grünes Formular → CSS c/o Suva (Adresse siehe oben)
 gelbes Formular → Doppel für Ihre Akten
 blaues Formular → Verletzte/r → Apotheke → CSS c/o Suva

CSS Versicherung AG
c/o Suva Bern
Laupenstrasse 11
Postfach
3001 Bern

CSS Versicherung AG
c/o Suva Bern
Laupenstrasse 11
Postfach
3001 Bern



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

Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.
	_____	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verletzte/r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		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"/> Praktikant/in		
Arbeitszeit des/der Verletzten: (Stunden je Woche) _____			
4. Schaden- datum	Tag	Monat	Jahr
Zeit (Stunden, Minuten)			
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z. B. Werkstatt, Strasse)		
6. Sachverhalt (Unfallbe- schreibung)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge		
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 der Schädigung: _____		
10. Arzt- adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift



Apothekerschein UVG

Schaden-Nummer

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.
	_____	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
Verletzte/r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		
	PLZ Wohnort		
Schaden- datum	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 Unfalldatum – an die oben aufgeführte Adresse.

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.

Verletzung	Betroffener Körperteil: _____ <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> 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: _____

Postkonto-Nr. oder zugeteilte Suva-Nr. _____
 Bei Abrechnung über OFAC: 35-1