

## Bagatellunfall-Meldung UVG

Schaden-Nummer

<b>Unfall-Versicherer :</b> <input type="checkbox"/> <b>Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG</b> <input type="checkbox"/> <b>Mutuel Versicherungen AG</b>	
<b>1. Arbeitgeber</b>	Tel. Nr.: _____ Police-Nr.: _____
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig): _____
<b>2. Verletzter</b>	Name und Vorname: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F      Geburtsdatum: _____      AHV-Nummer: _____
	Strasse: _____      Zivilstand: _____      Staatsangehörigkeit/Bewilligung: _____
	PLZ: _____      Tel.Nr.: _____      Übliche berufliche Tätigkeit: _____
	Wohnort: _____      Email: _____
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung: _____      Weitere Arbeitgeber <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name/Adresse _____
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r, Mitarbeiter/in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant
	Arbeitszeit des/r Verletzten: (Stunden je Woche) _____
<b>4. Unfall-datum</b>	Tag/Monat/Jahr: _____      Zeit (Stunden, Minuten): _____
<b>5. Unfallort</b>	Wo ereignete sich der Unfall? (Ort/Stelle): _____
<b>6. Unfallbe-schreibung</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe: _____ _____
<b>7. 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>8. Verletzung</b>	Betroffener Körperteil: _____ <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbekannt
	Art der Schädigung: _____
<b>9. Arzt-adressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik: _____
	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik: _____
<b>10. Kranken-kasse</b>	_____

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift:

Für Rückvergütungen bitte Postkonto-Nr. oder Bankverbindung angeben.

Geht an: obenstehende Versicherung

## Bagatellunfall-Meldung UVG

### Doppel für den Arbeitgeber

Schaden-Nummer

<b>Unfall-Versicherer</b> : <input type="checkbox"/> <b>Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG</b> <input type="checkbox"/> <b>Mutuel Versicherungen AG</b>	
<b>1. Arbeitgeber</b>	Tel. Nr.: _____ Police-Nr.: _____
	Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig): _____
<b>2. Verletzter</b>	Name und Vorname: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F      Geburtsdatum: _____      AHV-Nummer: _____
	Strasse: _____      Zivilstand: _____      Staatsangehörigkeit/Bewilligung: _____
	PLZ: _____      Wohnort: _____      Tel.Nr.: _____      Email: _____      Übliche berufliche Tätigkeit: _____
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung: _____      Weitere Arbeitgeber <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name/Adresse _____
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r, Mitarbeiter/in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant Arbeitszeit des/r Verletzten: (Stunden je Woche) _____
<b>4. Unfall-datum</b>	Tag/Monat/Jahr: _____      Zeit (Stunden, Minuten): _____
<b>5. Unfallort</b>	Wo ereignete sich der Unfall? (Ort/Stelle): _____
<b>6. Unfallbe-schreibung</b>	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe: _____ _____
<b>7. 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>8. Verletzung</b>	Betroffener Körperteil: _____ <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbekannt
	Art der Schädigung: _____
<b>9. Arzt-adressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik: _____      Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik: _____
<b>10. Kranken-kasse</b>	_____

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift:

---



## Apothekerschein UVG

Schaden-Nummer
----------------

<b>Unfall-Versicherer :</b> <input type="checkbox"/> <b>Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG</b> <input type="checkbox"/> <b>Mutuel Versicherungen AG</b>			
<b>Arbeitgeber</b>		Tel. Nr.:	Police-Nr.:
Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig):			
<b>Verletzter</b>	Name und Vorname: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Geburtsdatum:	AHV-Nummer:
	Strasse:		
	PLZ:		
	Wohnort:		
<b>Unfalldatum</b>	Tag/Monat/Jahr:	Zeit (Stunden, Minuten):	
<b>Verletzung</b>	Betroffener Körperteil:	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbekannt	
	Art der Schädigung:		
<b>Arztadressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:

### Hinweise für den Verletzten

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 bitte nach Abschluss der Behandlung – spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum - an die oben aufgeführte 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

### 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 Bankverbindung
Abrechnung über OFAC?

Geht an: Verletzte/r -> Apotheke -> Versicherung