

## Unfallmeldung 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: Wohnort:	Tel. Nr.: Email:	Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J. j Anzahl ____ <input type="checkbox"/> keine		
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung:	Übliche berufliche Tätigkeit:	<input type="checkbox"/> Familienmitglieder, Teilhaber <input type="checkbox"/> Quellensteuerpflichtig		
	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				
	Betriebsübliche Vollarbeitszeit: <input type="checkbox"/> unbefristeter Vertrag <input type="checkbox"/> befristeter Vertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt				
	Arbeitszeit des/r Verletzten: (Stunden je Woche) _____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ Prozent Betriebsübliche Vollarbeitszeit:(Stunden je Woche) _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit				
<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. Abklärung</b>	Wer hat die Abklärung durchgeführt?	Name der Zeugen?	Wurden sie befragt?		
	Wurde ein Polizeirapport erstellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1. _____ 2. _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>8. Nicht-berufs-unfall</b>	Bis wann hat der/die Verletzte <b>vor dem Unfall letztmals</b> im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? bis: _____ Grund der Absenz: _____				
<b>9. Verletzung</b>	Betroffener Körperteil:	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbekannt			
	Art der Schädigung:				
<b>10. Arbeits-unfähigkeit</b>	Arbeit zufolge Unfalles ausgesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, ab wann? _____			
	Wurde die Arbeit wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ab wann? _____ zu _____ %			
<b>11. Arzt-adressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:			
<b>12. Lohn</b>		CHF pro	Stunde	Monat	Jahr
	Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)				
	Teuerungszulage				
	Kinder-/Familienzulagen				
	Ferien-/Feiertagsentschädigung in % oder				
	Gratifikation/ 13. Monatslohn (und weitere) in % oder				
Andere Lohnzulagen (z.B.Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage)					
Bezeichnung:					
<b>13. Weitere Arbeitgeber</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Krankenkasse (inkl. Police-Nr.):</b>			
	Name/Adresse	_____			
<b>14. Andere Sozialver-sicherungs-leistungen</b>	Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei einer sozialen oder privaten Versicherung? <input type="checkbox"/> Wenn ja, wo? _____		<b>Bankverbindung:</b>		
	<input type="checkbox"/> Nein		_____		

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift:

Geht an: obenstehende Versicherung \_\_\_\_\_

## Unfallmeldung UVG

### Doppel für den Betrieb

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:	Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J. j Anzahl _____ <input type="checkbox"/> keine		
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung:	Übliche berufliche Tätigkeit:	<input type="checkbox"/> Familienmitglieder, Teilhaber <input type="checkbox"/> Quellensteuerpflichtig		
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellter/r, Mitarbeiter/in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant				
	Betriebsübliche Vollarbeitszeit: <input type="checkbox"/> unbefristeter Vertrag <input type="checkbox"/> befristeter Vertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt				
	Arbeitszeit des/r Verletzten: (Stunden je Woche) _____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ Prozent Betriebsübliche Vollarbeitszeit:(Stunden je Woche) _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit				
<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. Abklärung</b>	Wer hat die Abklärung durchgeführt?		Name der Zeugen? Wurden sie befragt?		
	Wurde ein Polizeirapport erstellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		1. <input type="checkbox"/> ja 2. <input type="checkbox"/> nein		
<b>8. 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>9. Verletzung</b>	Betroffener Körperteil:		<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbekannt		
	Art der Schädigung:				
<b>10. Arbeits- unfähigkeit</b>	Arbeit zufolge Unfalles ausgesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Wenn ja, ab wann? _____		
	Wurde die Arbeit wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Ab wann? _____ zu _____ %		
<b>11. Arzt- adressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		
	_____		_____		
<b>12. Lohn</b>	Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)	CHF pro	Stunde	Monat	Jahr
	Teuerungszulage				
	Kinder-/Familienzulagen				
	Ferien-/Feiertagsentschädigung	in % oder			
	Gratifikation/ 13. Monatslohn (und weitere)	in % oder			
	Andere Lohnzulagen (z.B.Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage)				
Bezeichnung: _____					
<b>13. Weitere Arbeitgeber</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<b>Krankenkasse (inkl. Police-Nr.)</b>		
	Name/Adresse _____		_____		
<b>14. Andere Sozialver- sicherungs- leistungen</b>	Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei einer sozialen oder privaten Versicherung? <input type="checkbox"/> Wenn ja, wo? _____		<b>Bankverbindung:</b>		
	<input type="checkbox"/> Nein		_____		

## Unfallschein 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: _____	Tel. Nr.: _____ Email: _____	
<b>Unfalldatum</b>	Tag/Monat/Jahr: _____		Zeit (Stunden, Minuten): _____

### Hinweis für die/den Verletzten

Wir bitten Sie, die Schaden-Nummer – die auf jeder Zuschrift der Versicherung erwähnt ist – auf Unfall – und Apothekerschein zu übertragen sowie bei Anfragen immer anzugeben.

**Dieser Unfallschein** bleibt während der Dauer der Genesung in Ihren Händen; er ist dem Arzt bei jedem Besuch vorzulegen und nach Abschluss der Behandlung dem Arbeitgeber abzugeben. Dieser Schein gilt nicht als Anerkennung einer Leistungspflicht.

Bei einem allfälligen Arztwechsel wollen Sie sich unverzüglich mit der Versicherung in Verbindung setzen.

Als obligatorische Unfallversicherung übernehmen wir die Kosten der allgemeinen Abteilung einer **Spitalbehandlung**. Für die Dauer des Spitalaufenthaltes kann vom Taggeld ein Betrag an die Unterhaltskosten abgezogen werden. Vorbehalten bleibt das Bestehen einer Zusatzversicherung.

Eine **Arbeitsunfähigkeit** wird durch den Arzt auf dem Unfallschein eingetragen. Teilarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten, es sei denn, der Arzt schreibe aus medizinischen Gründen etwas anderes vor (siehe Kasten unten links).\*

Anspruch auf Taggeld besteht ab dem 3. Kalendertag nach dem Unfall. Das Taggeld beträgt 80 % des versicherten Verdienstes. Über die Auszahlung orientiert die Mitteilung, die jeder/jedem Versicherten bei Anerkennung der Leistungspflicht zugestellt wird.

Die notwendigen **Reise- und Transportkosten** – z.B. zum nächsten Arzt/Spital – werden Ihnen zurückerstattet. Wählen Sie bitte ein den Verhältnissen angemessenes, preisgünstiges Transportmittel (z.B. öffentliches Verkehrsmittel); gegebenenfalls Abonnement lösen. Bitte auf Spesenabrechnung Ihr Post- oder Bankkonto angeben. Lassen Sie sich aus persönlichen Gründen auswärts behandeln, so kann die Versicherung die entsprechende Mehrkosten nicht entschädigen.

### Eintragungen des Arztes

Datum und Zeit		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	Grad	Gültig ab	
* evtl. Bemerkungen zur Teilarbeitsfähigkeit				
1) _____ % ,d.h. _____ Std./Tag zu _____ %				
2) _____ % ,d.h. _____ Std./Tag zu _____ %				
3) _____ % ,d.h. _____ Std./Tag zu _____ %				

Datum und Zeit		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	Grad	Gültig ab	
Die ärztliche Behandlung endete am _____		Medikamente bezogen bei: (Name und Adresse der Apotheke)		

**Stempel des Arztes:**

Geht an : Verletzte/r -> Arzt -> Arbeitgeber -> obenstehende Versicherung

## 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):	

### 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

Eine Übernahme der Behandlungskosten wird dem/der Verletzten durch die Versicherung bekanntgegeben. Verlangen Sie bitte diese Bestätigung- die auch Ihnen gegenüber als Zahlungsgarantie dient – zur Einsicht und übertragen Sie die darauf vermerkte Schaden-Nummer auf diesen Apothekerschein.

Senden Sie diese Rechnung bitte nach Abschluss der Behandlung – spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum - an die „Groupe Mutuel“.

### Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis	
		CHF	Rp.
<b>Bitte Rezepte beilegen</b>		<b>Total</b>	

Einen neuen Apothekerschein können Sie unter Angabe der Schadennummer bei der Versicherung verlangen, wenn

- ▶ der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht;
- ▶ nach Ablauf von 3 Monaten weitere Medikamente benötigt

Datum:

\_\_\_\_\_

Stempel der Apotheke:

\_\_\_\_\_

3	code				
---	------	--	--	--	--

Postkonto-Nr. oder Bankverbindung:

\_\_\_\_\_

Abrechnung über OFAC?

\_\_\_\_\_

Geht an: Verletzte/r -> Apotheker -> obenstehende Versicherung