

Bagatellunfall-Meldung UVG

Schadensnummer

Unfallversicherer: <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG <input type="checkbox"/> Mutuel Versicherungen AG			
1. Arbeitgeber	Tel.:	Police-Nr:	
	Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten:	Administrative Einheit:	
2. Verletzte Person	Name und Vorname: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Geburtsdatum:	Sozialversicherungsnr.:
	Strasse:	Zivilstand:	Nationalität: Wohnsitz:
	PLZ: Wohnort:	Tel. der/des Verletzten: Email:	Kinder unter 18 J. oder in Ausbildung bis 25 J. Anzahl _____ <input type="checkbox"/> keine
3. Anstellung	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"/> Lernende/-r <input type="checkbox"/> Praktikant/-in	Arbeitsverhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Vertrag <input type="checkbox"/> befristeter Vertrag > Enddatum des Vertrags: <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt > Kündigungsdatum:	
	Arbeitszeit der/des Verletzten: _____ Stunden je Woche	Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ %	Betriebsübliche Vollarbeitszeit: _____ Stunden je Woche
4. Unfalldatum	Tag/Monat/Jahr:	Zeit (Stunden, Minuten):	
5. Unfallort	Wo (Ort und PLZ) ereignete sich der Unfall? (z.B. Atelier, Strasse):	<input type="checkbox"/> In der Schweiz <input type="checkbox"/> Im Ausland	
6. Sachverhalt (Unfallbeschreibung)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe: _____		
7. Abklärung	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	
8. Nicht-berufsunfall	Bis wann hat die/der Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? bis: _____ Grund der Absenz: _____		
9. Verletzung	Betroffene Körperteile: _____ <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbekannt		
	Zusätzliche Angaben: _____ Art der Verletzung: _____		
10. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik: _____	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik: _____	
11. Weitere Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> ja, Name/Adresse: _____ <input type="checkbox"/> nein _____	Krankenkasse (inkl. Police-Nr.): _____	
12. Andere Sozialversicherungsleistungen	Hat die/der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei einer sozialen oder privaten Versicherung? <input type="checkbox"/> Wenn ja, wo? _____ <input type="checkbox"/> nein	Post- oder Bankkonto der verletzten Person (Rückerstattung von Behandlungsrechnungen): _____	

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift:

Geht an: obenstehende Versicherung _____

Bagatellunfall-Meldung UVG

Doppel für den Betrieb

Schadennummer

Unfallversicherer: <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG <input type="checkbox"/> Mutuel Versicherungen AG			
1. Arbeitgeber	Tel.:	Police-Nr:	
	Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten:	Administrative Einheit:	
2. Verletzte Person	Name und Vorname: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Geburtsdatum:	Sozialversicherungsnr.:
	Strasse:	Zivilstand:	Nationalität: Wohnsitz:
	PLZ:	Tel. der/des Verletzten:	Kinder unter 18 J. oder in Ausbildung bis 25 J. Anzahl ____ <input type="checkbox"/> keine
	Wohnort:	Email:	
3. Anstellung	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"/> Lernende/-r <input type="checkbox"/> Praktikant/-in		
	Arbeitsverhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Vertrag <input type="checkbox"/> befristeter Vertrag > Enddatum des Vertrags: <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt > Kündigungsdatum:		
	Arbeitszeit der/des Verletzten: ____ Stunden je Woche Vertraglicher Beschäftigungsgrad: ____ % Betriebsübliche Vollarbeitszeit: ____ Stunden je Woche Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit		
4. Unfalldatum	Tag/Monat/Jahr:	Zeit (Stunden, Minuten):	
5. Unfallort	Wo (Ort und PLZ) ereignete sich der Unfall? (z.B. Atelier, Strasse):		<input type="checkbox"/> In der Schweiz <input type="checkbox"/> Im Ausland
6. Sachverhalt (Beschreibung des Unfallhergangs)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe: _____		
7. Abklärung	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	
8. Nicht-berufsunfall	Bis wann hat die/der Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? bis: _____ Grund der Absenz: _____		
9. Verletzung	Betroffene Körperteile: _____ <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbekannt		
	Zusätzliche Angaben: _____ Art der Verletzung: _____		
10. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik: _____		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik: _____
11. Weitere Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> ja, Name/Adresse: _____ <input type="checkbox"/> nein		Krankenkasse (inkl. Police-Nr.):
12. Andere Sozialversicherungsleistungen	Hat die/der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei einer sozialen oder privaten Versicherung? <input type="checkbox"/> Wenn ja, wo? _____ <input type="checkbox"/> Nein		Post- oder Bankkonto der verletzten Person (Rückerstattung von Behandlungsrechnungen): _____

Apothekerschein UVG

Schadennummer

Unfall-Versicherer: <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG <input type="checkbox"/> Mutuel Versicherungen AG			
1. Arbeitgeber	Name und Vorname: _____		Tel.: _____
	Strasse: _____		Police-Nr.: _____
		Üblicher Arbeitsplatz der/des Verletzten: _____	Administrative Einheit: _____
2. Verletzte Person	Name und Vorname: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		Geburtsdatum: _____
	Strasse: _____		Sozialversicherungsnr.: _____
	PLZ: _____		
	Wohnort: _____		
3. Unfalldatum	Tag/Monat/Jahr: _____	Zeit (Stunden, Minuten): _____	

Hinweis für die verletzte Person

Hat die Versicherung die Übernahme der Heilkosten zugesichert, so werden Ihnen die vom Arzt verordneten Medikamente vom Apotheker ohne Bezahlung abgegeben.

Alle Medikamente sind in der gleichen Apotheke zu beziehen, in der dieser Schein abgegeben ist. Wir bitten Sie, die auf allen Zuschriften aufgeführte Schadennummer oben einzutragen bzw. durch den Apotheker eintragen zu lassen.

Hinweis für den Apotheker

Eine Übernahme der Behandlungskosten wird der verletzten Person durch die Versicherung bekanntgegeben. Verlangen Sie bitte diese Bestätigung, die auch Ihnen gegenüber als Zahlungsgarantie dient, zur Einsicht und übertragen Sie die darauf vermerkte Schadennummer auf diesen Apothekerschein.

Senden Sie die Rechnung bitte nach Abschluss der Behandlung, spätestens aber drei Monate nach dem Unfalldatum, an die Groupe Mutuel.

Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis	
		CHF	Rp.
Bitte Rezepte beilegen		Total	

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

- ▶ der Platz für das Eintragen der bezogenen Medikamente nicht ausreicht;
- ▶ nach drei Monaten weitere Medikamente benötigt werden

Datum: _____

Stempel der Apotheke: _____

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

Postkonto-Nr. oder Bankverbindung: _____

Abrechnung über OFAC? _____

Geht an: Versicherte Person -> Apotheker -> obenstehende Versicherung