

Unfallmeldung UVG

Schaden-Nummer

| | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|------|
| Unfall-Versicherer : <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG <input type="checkbox"/> Mutuel Versicherungen AG | | | | | | |
| 1. Arbeitgeber | Tel. Nr.: | | Police-Nr.: | | | |
| | Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig): | | | | | |
| 2. Verletzter | Name und Vorname: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F | Geburtsdatum: | AHV-Nummer: | | | |
| | Strasse: | Zivilstand: | Staatsangehörigkeit/Bewilligung: | | | |
| | PLZ: | Tel. Nr.: | Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J. j | | | |
| | Wohnort: | Email: | 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"/> 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 | | | | |
| 4. Unfall-datum | Tag/Monat/Jahr: | | Zeit (Stunden, Minuten): | | | |
| 5. Unfallort | Wo ereignete sich der Unfall? (Ort/Stelle): | | | | | |
| 6. Unfallbe-schreibung | Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe: _____ _____ | | | | | |
| 7. Abklärung | Wer hat die Abklärung durchgeführt? | | Name der Zeugen? <input type="checkbox"/> 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 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"/> unbekannt | | | | | |
| Art der Schädigung: _____ | | | | | | |
| 10. Arbeits-unfähigkeit | 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 _____ % | | | |
| 11. Arzt-adressen | Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik: _____ | | Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik: _____ | | | |
| 12. Lohn | 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: _____ | | | | | | |
| 13. Weitere Arbeitgeber | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Krankenkasse (inkl. Police-Nr.): | | | |
| | Name/Adresse _____ | | _____ | | | |
| 14. Andere Sozialver-sicherungs-leistungen | Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei einer sozialen oder privaten Versicherung? | | Bankverbindung: | | | |
| | <input type="checkbox"/> Wenn ja, wo? _____ <input type="checkbox"/> Nein | | _____ | | | |

Geht an: obenstehende Versicherung _____ Ort und Datum _____ Stempel und Unterschrift: _____

Unfallmeldung UVG

Doppel für den Betrieb

| |
|----------------|
| Schaden-Nummer |
|----------------|

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Unfall-Versicherer : <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG <input type="checkbox"/> Mutuel Versicherungen AG | | | | |
| 1. Arbeitgeber | Tel. Nr. | | Police-Nr. | |
| | Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig) | | | |
| 2. Verletzter | Name und Vorname: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F | | Geburtsdatum: | AHV-Nummer: |
| | Strasse: | | Zivilstand: | Staatsangehörigkeit/Bewilligung: |
| | PLZ: | | Tel. Nr.: | Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J. j |
| | Wohnort: | | Email: | 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"/> 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 | | |
| 4. Unfall-datum | Tag/Monat/Jahr | | Zeit (Stunden, Minuten) | |
| 5. Unfallort | Wo ereignete sich der Unfall? (Ort/Stelle) | | | |
| 6. Unfallbeschreibung | Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; 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 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"/> unbekannt | |
| Art der Schädigung: _____ | | | | |
| 10. Arbeitsunfähigkeit | 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 _____ % | |
| 11. Arzt-adressen | Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik | | Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik | |
| 12. Lohn | | | CHF pro | Stunde |
| | 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: _____ | | | | |
| 13. Weitere Arbeitgeber | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Krankenkasse (inkl. Police-Nr.) | |
| | Name/Adresse _____ | | _____ | |
| 14. Andere Sozialversicherungsleistungen | Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei einer sozialen oder privaten Versicherung? <input type="checkbox"/> Wenn ja, wo? _____ | | Bankverbindung: | |
| | <input type="checkbox"/> Nein | | _____ | |

Unfallschein UVG

Schaden-Nummer

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------|
| Unfall-Versicherer : <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG <input type="checkbox"/> Mutuel Versicherungen AG | | | |
| Arbeitgeber | | Tel. Nr: _____ | |
| | | Police-Nr.: _____ | |
| Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig): _____ | | | |
| Verletzter | Name und Vorname: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F | | Geburtsdatum: _____ |
| | Strasse: _____ | | AHV-Nummer: _____ |
| | PLZ: _____ Wohnort: _____ | | Tel. Nr.: _____ Email: _____ |
| Unfalldatum | 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 Verhältnis angemessenes, preisgünstiges Transportmittel (z.B. öffentliches Verkehrsmittel); gegebenenfalls Abonnement lösen. Bit auf Spesenabrechnung Ihr Post- oder Bankkonto angeben. Lassen Sie sich aus persönlichen Gründen auswärts behandeln, so kann die Versicherung die entsprechenden 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

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Unfall-Versicherer : <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG <input type="checkbox"/> Mutuel Versicherungen AG | | | |
| Arbeitgeber | | Tel. Nr.: _____ Police-Nr.: _____ | |
| Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig): _____ | | | |
| Verletzter | Name und Vorname: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F | | Geburtsdatum: _____ |
| | Strasse: _____ | | AHV-Nummer: _____ |
| | PLZ: _____ | | _____ |
| | Wohnort: _____ | | _____ |
| Unfalldatum | 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. |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Bitte Rezepte beilegen | | Total | |

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