

Unfallmeldung UVG

Schadennummer

Unfallversicherer: <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG <input type="checkbox"/> Mutuel Versicherungen AG				
1. Arbeitgeber	Name und Vorname: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		Tel.:	
	Strasse:		Police-Nr:	
2. Verletzte Person	Geburtsdatum:		Sozialversicherungsnr.:	
	Zivilstand:		Administrative Einheit:	
	Nationalität:		Wohnsitz:	
	PLZ:		Aufenthaltsbewilligung:	
3. Anstellung	Datum der Anstellung:		Tel. der/des Verletzten:	
	Übliche berufliche Tätigkeit:		Email:	
	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		Kinder unter 18 J. oder in Ausbildung bis 25 J. Anzahl _____ <input type="checkbox"/> keine	
	Arbeitsverhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Vertrag <input type="checkbox"/> befristeter Vertrag > Enddatum des Vertrags:		<input type="checkbox"/> Familienmitglieder, Teilhaber	
	Arbeitszeit der/des Verletzten: _____ Stunden je Woche		<input type="checkbox"/> Quellensteuerpflichtig	
4. Unfalldatum	Tag/Monat/Jahr:		Zeit (Stunden, Minuten):	
	Betriebsübliche Vollarbeitszeit: _____ Stunden je Woche		Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ %	
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?	
	Wurde ein Polizeirapport erstellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Wurden sie befragt? 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. Arbeitsunfähigkeit	Arbeitsunterbruch als Folge des Unfalls? <input type="checkbox"/> ja, seit dem _____ zu _____ % <input type="checkbox"/> nein			
	Wurde die Arbeit wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> ja, seit dem _____ zu _____ % <input type="checkbox"/> nein			
11. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:	
12. Lohn	Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)		CHF pro	Stunde
	Teuerungszulage			Monat
	Kinder-/Familienzulagen			Jahr
	Ferien-/Feiertagsentschädigung in		% oder	
	Gratifikation / 13. Monatslohn (und weitere) in		% oder	
	Andere Lohnzulagen (z. B. Akkord, Provision, Sachleistungen, Schichtzulage) Bezeichnung:			
13. Weitere Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> ja, Name/Adresse: _____		Krankenkasse (inkl. Police-Nr.):	
	<input type="checkbox"/> nein			
14. Andere Sozialversicherungsleistungen	Hat die/der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei einer sozialen oder privaten Versicherung?		Post- oder Bankkonto der verletzten Person (Rückerstattung von Behandlungsrechnungen):	
	<input type="checkbox"/> Wenn ja, wo? _____ <input type="checkbox"/> nein			

Geht an: obenstehende Versicherung

Ort und Datum: _____ Stempel und Unterschrift: _____

2021

Unfallmeldung UVG

Doppel für den Betrieb

Schadennummer

Unfallversicherer: <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG <input type="checkbox"/> Mutuel Versicherungen AG				
1. Arbeitgeber	Name und Vorname: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		Tel.:	Police-Nr:
	Strasse:		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:	Wohnsitz:
	PLZ:		Nationalität:	Aufenthaltsbewilligung:
	Wohnort:		Tel. der/des Verletzten:	Kinder unter 18 J. oder in Ausbildung bis 25 J. Anzahl ____ <input type="checkbox"/> keine
3. Anstellung	Datum der Anstellung:		Email:	<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		Übliche berufliche Tätigkeit:	
	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. Arbeitsunfähigkeit	Arbeitsunterbruch als Folge des Unfalls? <input type="checkbox"/> ja, seit dem _____ zu _____ % <input type="checkbox"/> nein			
	Wurde die Arbeit wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> ja, seit dem _____ zu _____ % <input type="checkbox"/> nein			
11. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:	
	_____		_____	
12. Lohn	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, Sachleistungen, Schichtzulage) Bezeichnung: _____				
13. Weitere Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> ja, Name/Adresse: _____ <input type="checkbox"/> nein _____		Krankenkasse (inkl. Police-Nr.):	
	14. Andere Sozialversicherungsleistungen		Post- oder Bankkonto der verletzten Person (Rückerstattung von Behandlungsrechnungen):	
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		_____		

Unfallschein UVG

Schadensnummer

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

Wir bitten Sie, die Schadensnummer, 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.

Ein allfälliger Arztwechsel ist der Versicherung unverzüglich zu melden.

Als obligatorische Unfallversicherung übernehmen wir die Kosten der allgemeinen Abteilung einer **Spitalbehandlung**. Für die Dauer des Spitalaufenthalts 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 ordnet aus medizinischen Gründen etwas anderes an (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 rückerstattet. Wählen Sie bitte ein den Verhältnissen angemessenes, preisgünstiges Transportmittel (z. B. öffentliches Verkehrsmittel); gegebenenfalls Abonnement lösen. Bitte auf der Spesenabrechnung Ihr Post- oder Bankkonto angeben. Lassen Sie sich aus persönlichen Gründen auswärts behandeln, so entschädigt die Versicherung die entsprechenden Mehrkosten nicht.

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)		

Datum: _____

Stempel des Arztes: _____

Geht an: Versicherte Person -> Arzt -> Arbeitgeber -> obenstehende Versicherung

Apothekerschein UVG

Schadensnummer

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 Schadensnummer 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 Schadensnummer 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 Schadensnummer 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