

## Bagatellunfall-Meldung UVG

### Arbeitgeber

#### Firmeninformation

Firmenname	_____
Strasse / Nummer	_____
Adresszusatz	_____
PLZ / Ort	_____
Vertragsnummer	_____
Abteilung	_____
Telefonnummer	_____
E-Mail	_____
Kontaktperson	_____

### Versicherte Person

#### Persönliche Angaben des Versicherten

Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Vorname	_____
Name	_____
Mitarbeiter-ID	_____
Zivilstand	<input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Eingetragener Partner <input type="checkbox"/> Getrennt <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Verwitwet <input type="checkbox"/> Konkubinatspartner/in <input type="checkbox"/> Verheiratet
Geburtsdatum	Datum (tt/mm/jjjj) : _____
Nationalität / Aufenthaltsbewilligung	_____
Sozialversicherungsnummer	_____
Obligatorische Krankenpflegeversicherung	_____
Unterhaltspflichtige Kinder	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

#### Kontaktangaben der versicherten Person

Wohnland	_____
Strasse / Nummer	_____
Vertragsnummer	_____
PLZ / Ort	_____
Telefonnummer	_____
E-Mail	_____

#### Angaben Bank-/Postkonto

Wem soll die Entschädigung bezahlt werden?	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Mitarbeiter
IBAN des Arbeitnehmers	_____

### Arbeitsverhältnis

#### Vertragliche Informationen

Vertragsart	<input type="checkbox"/> Unbefristete Dauer <input type="checkbox"/> Befristete Dauer
Beginn des Arbeitsvertrags	Datum (tt/mm/jjjj) : _____
Ende des Arbeitsvertrags	Datum (tt/mm/jjjj) : _____
Wurde der Vertrag gekündigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zu welchem Termin?	Datum (tt/mm/jjjj) : _____
Funktion	<input type="checkbox"/> Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Kader <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Lernende/r <input type="checkbox"/> Praktikant/in
Ausgeübter Beruf	_____
Üblicher Arbeitsplatz	_____

**Arbeitszeiten**

Arbeitszeit der versicherten Person \_\_\_\_\_ AZ/Woche  
 Vertraglicher Beschäftigungsgrad \_\_\_\_\_ %  
 Betriebsübliche Vollarbeitszeit \_\_\_\_\_ AZ/Woche  
 Art der Besetzung der Stelle Regelmässig Unregelmässig  
 Besteht für das Unternehmen Kurzarbeit? Ja Nein

**Weitere Arbeitgeber**

Firmenname \_\_\_\_\_  
 Land \_\_\_\_\_  
 Strasse / Nummer \_\_\_\_\_  
 Adresszusatz \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort \_\_\_\_\_

**Unfallmeldung**

**Angaben zum Unfall**

Art des Unfalls \_\_\_\_\_  
 Letzter Arbeitstag \_\_\_\_\_ Datum (tt/mm/jjjj) : \_\_\_\_\_  
 Uhrzeit des Verlassens des Arbeitsplatzes \_\_\_\_\_ Uhrzeit (uu:mm) : \_\_\_\_\_  
 Unfalldatum \_\_\_\_\_ Datum (tt/mm/jjjj) : \_\_\_\_\_  
 Uhrzeit des Unfalls \_\_\_\_\_ Uhrzeit (uu:mm) : \_\_\_\_\_  
 Grund der Abwesenheit \_\_\_\_\_  
 Ort / Stelle \_\_\_\_\_  
 Beschreibung des Unfalls \_\_\_\_\_

Unfallbeschreibung \_\_\_\_\_  
 Auslöser des Unfalls \_\_\_\_\_

**Polizeibericht**

Wurde ein Polizeibericht erstellt? Ja Nein  
 Wer hat die Feststellungen vorgenommen? \_\_\_\_\_

**Beteiligte Person?**

War eine andere Person am Unfall beteiligt? Ja Nein

Vorname \_\_\_\_\_  
 Name \_\_\_\_\_  
 Wohnland \_\_\_\_\_  
 Strasse / Nummer \_\_\_\_\_  
 Adresszusatz \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_  
 Name \_\_\_\_\_  
 Wohnland \_\_\_\_\_  
 Strasse / Nummer \_\_\_\_\_  
 Adresszusatz \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort \_\_\_\_\_

## Verletzungen

### Verletzungen

Ist die versicherte Person verstorben?  Ja  Nein  
Datum (tt/mm/jjjj) : \_\_\_\_\_

Betroffener Körperteil \_\_\_\_\_

Körperseite \_\_\_\_\_

Zusätzliche Angaben zu den Verletzungen \_\_\_\_\_

Art der Verletzung \_\_\_\_\_

### Pflege

Erstbehandelnder Arzt/Spital  
Adresse: \_\_\_\_\_

Nachbehandelnder Arzt/Spital  
Adresse: \_\_\_\_\_

**Ort und Datum:** \_\_\_\_\_



# Apothekerschein

# Unfall

Arbeitgeber		Versicherte Person	
Firmenname	_____	Anrede	_____
Strasse / Nummer	_____	Vorname	_____
Adresszusatz	_____	Name	_____
PLZ / Ort	_____	Geburtsdatum	[tt/mm/jjjj] : _____
Vertragsnummer	_____	Sozialversicherungsnummer	_____
Abteilung	_____	Telefonnummer	_____
Üblicher Arbeitsplatz	_____	Datum und Uhrzeit des Unfalls	[tt/mm/jjjj] : _____ [uu:mm] : _____

### 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.

### Hinweis aus der Apotheke

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

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

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

Postkonto-Nr. oder Bankverbindung

  

Abrechnung über OFAC?

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

Datum

Stempel der Apotheke