

Bagatellunfall-Meldung 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: Wohnort:	Tel.Nr.: Email:	Übliche berufliche Tätigkeit:
	3. Anstellung Datum der Anstellung:		
		Weitere Arbeitgeber <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name/Adresse	
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			
Arbeitszeit des/r Verletzten: (Stunden je Woche) _____			
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. Nicht-berufsunfall	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? bis: _____ Grund der Absenz: _____		
8. Verletzung	Betroffener Körperteil:	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbekannt	
Art der Schädigung: _____			
9. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:
10. Kranken-kasse			

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift:

Für Rückvergütungen bitte Postkonto-Nr. oder Bankverbindung angeben.

Geht an: obenstehende Versicherung

Bagatellunfall-Meldung UVG

Doppel für den Arbeitgeber

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.: _____ Übliche berufliche Tätigkeit: _____ Wohnort: _____ Email: _____
3. Anstellung	Datum der Anstellung: _____ Weitere Arbeitgeber <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name/Adresse _____ 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 Arbeitszeit des/r Verletzten: (Stunden je Woche) _____
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. Nicht-berufs-unfall	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? bis: _____ Grund der Absenz: _____
8. Verletzung	Betroffener Körperteil: _____ <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbekannt Art der Schädigung: _____
9. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik: _____ Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik: _____
10. Kranken-kasse	

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift:

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:	AHV-Nummer:
	Strasse:		
	PLZ:		
	Wohnort:		
Unfalldatum	Tag/Monat/Jahr:		Zeit (Stunden, Minuten):
Verletzung	Betroffener Körperteil:		<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> unbekannt
	Art der Schädigung:		
Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:

Hinweise für den Verletzten

Die vom Arzt verordneten Medikamente werden Ihnen vom Apotheker gegen Abgabe dieses Scheines kostenlos abgegeben. Alle Medikamente sind aus der gleichen Apotheke zu beziehen.

Hinweise für den Apotheker

Bitte senden Sie diese Rechnung bitte nach Abschluss der Behandlung – spätestens aber 3 Monate nach Unfalldatum - an die oben aufgeführte Versicherung.

Einen neuen Apothekerschein können Sie bei uns verlangen, wenn:

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

Rechnung der Apotheke

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

Datum: _____

Stempel der Apotheke: _____

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

Postkonto-Nr. oder Bankverbindung

Abrechnung über OFAC?

Geht an: Verletzte/r -> Apotheke -> Versicherung