

Unfallmeldung 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
Beziehen Sie eine Sozialversicherungsleistung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leistungsart	<input type="checkbox"/> IV/AHV <input type="checkbox"/> SUVA oder anderer UVG-Versicherer <input type="checkbox"/> Persönliche/private Versicherung <input type="checkbox"/> Arbeitslosenversicherung <input type="checkbox"/> BVG <input type="checkbox"/> Militärversicherung <input type="checkbox"/> Andere

Kontaktangaben der versicherten Person

Wohnland	_____
Strasse / Nummer	_____
Adresszusatz	_____
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/Jahr
 Art der Besetzung der Stelle Regelmässig Unregelmässig
 Besteht für das Unternehmen Kurzarbeit? Ja Nein
 Anzahl Home-Office-Tage pro Woche _____ Tage

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 _____

Verletzung

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: _____

Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit

Beginn der Arbeitsunfähigkeit Datum (tt/mm/jjjj) : _____

Unfähigkeitsgrad _____ %
Uhrzeit [uu:mm] : _____

Wiederaufnahme der Arbeit

Effektives Datum der Wiederaufnahme der Arbeit Datum (tt/mm/jjjj) : _____

Löhne

Lohndaten

Quellensteuerpflichtig Ja Nein

Betrag des Bruttolohns _____

Häufigkeit Pro Jahr Pro Stunde Pro Monat Pro Tag

Bonus, 13. Monatslohn (und folgende) _____

Häufigkeit Pro Jahr Pro Stunde Pro Monat

Prozentsatz

Andere Leistungen

Entschädigungen für Ferien, Feiertage _____

Häufigkeit Pro Jahr Pro Stunde Pro Monat

Prozentsatz

Kinder- und Familienzulagen _____

Häufigkeit Pro Jahr Pro Stunde Pro Monat

Teuerungszulage _____

Häufigkeit Pro Jahr Pro Stunde Pro Monat

Andere Lohnergänzungen _____

Gesamtbetrag der Lohnergänzungen _____

Häufigkeit Pro Jahr Pro Stunde Pro Monat

Ort und Datum:

Unfallschein

Unfallmeldung UVG

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

Hinweis für die verletzte Person

Wir bitten Sie, die Schadennummer, 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 Unfall-schein 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		Arbeits-unfähigkeit		Unterschrift des Arztes
das 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		Arbeits-unfähigkeit		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)		

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

Datum

Stempel des Arztes

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.
Bitte Rezepte beilegen			Total

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