



Unfallmeldung UVG							
Gesellschaft:		Policen-Nr.		Unfall-Nr. (wird von der Gesellschaft ausgefüllt)			
Korrespondenzadresse MARC AG Versicherungen Makler & Services		Ö@! Tel. 081 307 88 88 Fax 081 307 88 85 &@!@marc-ag.ch		Davos Tel. 081 307 88 70 Fax 081 307 88 71 davos@marc-ag.ch		Öã^} ä Tel. 081 307 88 70 Fax 081 307 88 71 ää^} ä@marc-ag.ch	
1. Arbeitgeber/in (Name und Adresse)			Telefon				
			Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)				
2. Verletzte/r (Name und Adresse)			Geburtsdatum		AHV-Nr. (11-stellig)		
			Nationalität		Heimatort		
			Zivilstand		Kinder bis 18 J. oder in Ausbildung bis 25 J. Anzahl <input type="checkbox"/> keine		
3. Anstellung		Datum der Anstellung		Übliche berufliche Tätigkeit		<input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelehrt <input type="checkbox"/> ungelernt <input type="checkbox"/> Lehrling	
4. Unfalldatum		Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)		
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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Untersuchung erwünscht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
8. Nicht-berufsunfall		Wann hat der Verletzte vor dem Unfall letztmals beim Arbeitgeber gearbeitet? (Wochentag, Datum, Zeit)					
9. Verletzung		Betroffener Körperteil <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts			Art der Schädigung		
10. Arbeitsunfähigkeit		Arbeit infolge Unfalles ausgesetzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			Wenn ja, ab wann? (Datum und Zeit)		
11. Arzt-adressen		Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik			Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		
12. Arbeitszeit des Verletzten		Tage je Woche	Stunde je Woche	Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden		Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit	
13. Lohn		CHF	pro	Std.	Tag	Monat	Jahr
Barlohn		Grundlohn (brutto)					
		Teuerungszulage					
		Akkord / Provision					
		Kinder- / Familienzulagen, Umsatzanteile (Service)					
		Ferien- / Feiertagsentschädigung	% od.				
		Andere Lohnzulagen (Art)					
		Gratifikation / 13. Monatslohn	% od.				
Naturallohn		Art					
Sonderfälle		<input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter	<input type="checkbox"/> Familienmitglied	<input type="checkbox"/> Gesellschafter	<input type="checkbox"/> Saisonnier		
		Weitere Arbeitgeber:					
14. Andere Versicherer		Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, obligatorische Unfallversicherung (UVG), Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse? Wenn ja, wo?					

Ort und Datum

Unterschrift

(bei Weiterleitung via E-Mail Unterschrift nicht notwendig)



Arztzeugnis UVG					
Gesellschaft:		Policen-Nr.		Unfall-Nr. (wird von der Gesellschaft ausgefüllt)	
Korrespondenzadresse MARC AG Versicherungen Makler & Services		Ö@! Tel. 081 307 88 88 Fax 081 307 88 85 &@!@marc-ag.ch		Davos Tel. 081 307 88 70 Fax 081 307 88 71 davos@marc-ag.ch	
Arbeitsgeber/in (Name und Adresse)		Telefon			
		Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)			
Verletzte/r (Name und Adresse)		Geburtsdatum		AHV-Nr. (11-stellig)	
		Nationalität		Heimatort	
		Zivilstand		Kinder bis 18 J. oder in Ausbildung bis 25 J. Anzahl <input type="checkbox"/> keine	
Anstellung		Datum der Anstellung		Übliche berufliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelehrt <input type="checkbox"/> ungelernt <input type="checkbox"/> Lehrling	
Unfalldatum		Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)
1. Erstbehandlung		Tag	Monat	Jahr	Zeit <input type="checkbox"/> während / <input type="checkbox"/> am Unfallort <input type="checkbox"/> ausserhalb der Sprechstunde <input type="checkbox"/> in der Wohnung des Patienten
2. Angaben des Patienten		Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?			
3. Allgemeinzustand		a) Besondere Wahrnehmungen (Gemütsverfassung, Alkohol, Drogen usw.) b) Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Körperanomalien (Invalidität)			
4. Befund		Röntgenbefund:			
5. Diagnose					
6. Kausalität		Liegen ausschliesslich Unfallfolgen vor?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		Wenn nein, bitte begründen:			
7. Therapie		a) Was haben Sie bisher veranlasst?			
		b) Schlagen Sie besondere Massnahmen vor?			
		c) Ist der Patient hospitalisiert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo?			
8. Arbeitsunfähigkeit		<input type="checkbox"/> ja zu % ab		Voraussichtlich bis	
		<input type="checkbox"/> nein			
9. Arbeitsaufnahme		<input type="checkbox"/> ja Teilweise zu % ab		Voll ab	
		<input type="checkbox"/> nein			
10. Behandlungsabschluss		<input type="checkbox"/> ja am:			
		<input type="checkbox"/> nein voraussichtlich in		Wochen	

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Geht an: Erstbehandelnden Arzt / Spital

Dieses Arztzeugnis an die Gesellschaft weiterleiten.

MARC AG

Versicherungen | Makler & Services



Apothekerschein UVG				
Gesellschaft:		Policen-Nr.		Unfall-Nr. (wird von der Gesellschaft ausgefüllt)
Korrespondenzadresse MARC AG Versicherungen Makler & Services		Ö@! Tel. 081 307 88 88 Fax 081 307 88 85 &@!@marc-ag.ch	Davos Tel. 081 307 88 70 Fax 081 307 88 71 davos@marc-ag.ch	Öã^}ã Tel. 081 307 88 70 Fax 081 307 88 71 ää^}ã@marc-ag.ch
Arbeitgeber/in (Name und Adresse)		Telefon		
		Üblicher Arbeitsplatz des Verletzten (Betriebszweig)		
Verletzte/r (Name und Adresse)		Geburtsdatum	AHV-Nr. (11-stellig)	
Unfalldatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Std., Min.)

Hinweis für die/den Verletzten

Hat die Versicherung die Übernahme der Heilungskosten 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.

Hinweis für den Apotheker

Eine Übernahme der Behandlungskosten wird dem Verletzten durch die Versicherung bekannt gegeben. Verlangen Sie bitte diese Bestätigung – die auch Ihnen gegenüber als Zahlungsgarantie dient – zur Einsicht.

Senden Sie diese Rechnung bitte nach Abschluss der Behandlung – spätestens aber 3 Monate nach dem Unfalldatum – an die oben aufgeführte Adresse.

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 werden.

Datum

Stempel der Apotheke

Postcheck-Nr. oder Bank und Bankkonto-Nr. oder Suva-Nr.

Geht an:

Verletzte/r



Apotheke



Gesellschaft

MARC AG

Versicherungen | Makler & Services

