

Erläuterungen zur Anmeldung MVG siehe Rückseite

Anmeldung MVG		<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Rückfall oder Spätfolge <input type="checkbox"/> Mutterschaft (nicht krankheitsbedingt)		Versicherten-Nummer	
► Angaben des Patienten:					
1. Name und Vorname		Geburtsdatum		AHV-Nummer	
Strasse		Tel.-Nr.		Heimatort	
PLZ/Wohnort		Zivilstand		Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre Anzahl <input type="checkbox"/> Keine	
2. Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.			
3. <input type="checkbox"/> Selbstständigerwerbende/r		<input type="checkbox"/> Nichterwerbstätige/r		<input type="checkbox"/> in Aus-/Weiterbildung	
4. Dienstanlass und -Ort		5. Einheit oder Organisation		6. Grad / Funktion	
7. Einrückungstag		8. Entlassungstag		9. vorzeitige Entlassung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, wann?	
10. Beginn und Entwicklung der Krankheit bzw. Unfalldatum, Unfallort und Hergang, Art der Schädigung, betroffener Körperteil					
Sofern Unfall: <input type="checkbox"/> im Dienstbetrieb <input type="checkbox"/> Ausgang/Freizeit <input type="checkbox"/> im Urlaub <input type="checkbox"/> Hin- oder Rückweg					
Beteiligte Person(en):					
Besteht ein Polizeirapport? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt					
11. Meldung der Gesundheitsschädigung <input type="checkbox"/> bei der Eintrittsmusterung <input type="checkbox"/> während des Dienstes <input type="checkbox"/> nach dem Dienst					
Ort / Datum			Unterschrift Patient/in		
Geht an: Arzt/Ärztin					
► Vom Zivilarzt auszufüllen:					
12. Datum der 1. Konsultation		13. Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, ab wann? Grad der Arbeitsunfähigkeit: % Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> länger als 8 Wochen			
14. Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital?		15. Diagnose (s. Erläuterungen) / Bemerkungen			
Ort / Datum		Stempel / Unterschrift Arzt / Ärztin			
Geht an: MV bzw. Arbeitgeber/in					
► Vom Arbeitgeber auszufüllen (nur bei Arbeitsunfähigkeit):					
16. Datum der Anstellung		17. Ausgeübter Beruf / aktuelle Tätigkeit			
18. Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt					
Arbeitszeit des/der Versicherten: (Stunden je Woche)				Vertraglicher Beschäftigungsgrad %	
Betriebsübliche Vollarbeitszeit: (Stunden je Woche)				Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit	
19. Arbeit ausgesetzt ab:		Arbeit aufgenommen: <input type="checkbox"/> ja wann? <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> Grad %			
20. Lohn (vor Abzug der Arbeitnehmerbeiträge für die Sozialversicherungen)		CHF/Stunde	CHF/Monat	CHF/Jahr	
Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)					
Kinder-/Familienzulagen					
Ferien-/Feiertagsentschädigung in % oder					
Gratifikation/13. Monatslohn (und weitere) in % oder					
Weitere regelmässige Nebenbezüge					
Bezeichnung der Nebenbezüge <input type="checkbox"/> Provision ohne Spesen <input type="checkbox"/> Naturallohn <input type="checkbox"/> Schichtzulage <input type="checkbox"/> andere:					
Zahladresse für das Taggeld:					
Ort / Datum		Stempel / Unterschrift Arbeitgeber/in			
Geht an: Militärversicherung					

Wird von der Versicherung ausgefüllt

NCM

Erläuterungen zur Anmeldung MVG

Wir bitten Sie, die Anmeldung für die Militärversicherung vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen und uns umgehend zuzustellen. Nachstehende Ausführungen mögen Ihnen behilflich sein. Besten Dank für Ihre Mitarbeit.

Allgemeines

Diese Formulargarnitur ist immer auszufüllen, wenn Versicherungsleistungen der Militärversicherung beansprucht werden.

Ausnahme: Behandlungen während eines besoldeten Militär-/Zivilschutzdienstes oder eines Zivildienstes und angeordnete Präventionsmassnahmen können mit den Angaben zum Dienst/Anlass direkt in Rechnung gestellt werden. Die Überweisung/Anordnung ist beizulegen.

Für einen raschen und zielgerichteten Verfahrensablauf wurden folgende Meldepflichten im Bundesgesetz über die Militärversicherung (MVG) festgelegt:

- Der/die Versicherte meldet jede Gesundheitsschädigung während des Dienstes dem Truppen-/Kursarzt, nach dem Dienst dem Zivilarzt (MVG Art. 83).
- Der Zivilarzt ist verpflichtet, die Gesundheitsschädigung sofort der Militärversicherung anzumelden, wenn ein Zusammenhang mit dem Dienst in Betracht kommt oder wenn es der/die Versicherte verlangt (MVG Art. 84).

Unter Dienst sind alle der Militärversicherung unterstellten Anlässe und Tätigkeiten (z.B. Militär-, Zivilschutz- oder Zivildienst, Bundesdienst der beruflich Versicherten, Teilnahme an friedenserhaltenden Aktionen und Guten Dienste des Bundes, als Angehöriger des Schweiz. Korps für humanitäre Hilfe) zu verstehen.

Ist lediglich eine zahnärztliche Behandlung notwendig, so genügt es, wenn Sie die Anmeldung mit den Angaben des Patienten der zuständigen Militärversicherung senden; die restlichen Formulare können Sie vernichten. Die Militärversicherung wird die nötigen Formulare zustellen.

Bei schweren Unfällen – insbesondere bei Todesfällen – wollen Sie die zuständige Militärversicherung zusätzlich sofort telefonisch benachrichtigen.

Die Versicherungsleistungen sind vom Tage des ärztlich festgestellten Eintritts der Gesundheitsschädigung oder der wirtschaftlichen Schädigung an geschuldet. Ist der/die Versicherte infolge der Gesundheitsschädigung arbeitsunfähig und erleidet er/sie eine Verdiensteinbusse, so hat er/sie Anspruch auf ein Taggeld.

Bearbeiten von Personendaten (MVG Art. 94a)

Die Militärversicherung ist befugt, die Personendaten zu bearbeiten, die sie benötigt um

- Leistungsansprüche zu beurteilen sowie Leistungen zu berechnen, zu gewähren und mit Leistungen anderer Sozialversicherungen zu koordinieren;
- ein Rückgriffsrecht gegenüber einem haftpflichtigen Dritten geltend zu machen,
- in anonymisierter Form Statistiken zu führen (u.a. für die Verhütung von Gesundheitsschädigungen).

Erläuterungen zu einzelnen Fragen der Anmeldung Angaben des Patienten

Ziffer 1

Die Angaben über die Kinder, für deren Unterhalt Sie zur Hauptsache aufkommen, sind für die Berechnung des Taggeldes nötig, wenn eine Arbeitsunfähigkeit bzw. Verdiensteinbusse besteht.

Ziffer 4 Dienstanlass und Ort

Es ist Art (z.B. Rekrutenschule, Wiederholungskurs) und Ort der Dienstleistung anzugeben.

Ziffer 7, 8 Einrückungstag und Entlassungstag

entsprechen den Angaben auf dem Marschbefehl, dem Aufgebot bzw. der Einladung, oder dem Öffentlichrechtlichen Anstellungsvertrag.

Ziffer 10 Sachverhalt

Der Sachverhalt ist möglichst genau zu schildern. Beim betroffenen Körperteil ist gegebenenfalls die Seite (rechts, links) anzugeben.

Ziffer 11 Meldung der Gesundheitsschädigung

Die Militärversicherung erstreckt sich auf jede Gesundheitsschädigung, die während des Dienstes in Erscheinung tritt und gemeldet oder sonstwie festgestellt wird.

Vom Zivilarzt auszufüllen

Der erstbehandelnde Zivilarzt ist gebeten, diese zwingend benötigten Angaben einzutragen.

Der Truppen-/Kursarzt füllt die vom Militärärztlichen Dienst zur Verfügung gestellten Formulare aus.

Ziffer 15 Diagnose

Die Diagnose ist anzugeben

- auf der Anmeldung, wenn das Formular nicht an den Arbeitgeber weitergeleitet werden muss (weil keine Arbeitsunfähigkeit besteht), andernfalls
- auf dem separaten Krankheits- und Unfallschein mit der Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit, und
- auf der Rechnung.

Vom Arbeitgeber auszufüllen

Ziffer 17 Ausgeübter Beruf

Es ist eine möglichst genaue Bezeichnung der wichtigsten beruflichen Tätigkeit der versicherten Person anzugeben.

Beispiele:

«Metallschleifer» (statt «Schleifer») «Verkäuferin, Textilwaren» (statt «Verkäuferin») «Finanzdirektorin» (statt «Direktorin») Angaben wie Hilfsarbeiter, Angestellter usw. genügen nicht.

Ziffer 20 «Lohn»

Es ist der nach AHV-massgebende Lohn (gemäss Art. 7 der Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung) anzugeben, d. h. der Bruttolohn vor Abzug von Sozialversicherungsbeiträgen, Steuern usw., der dem/der Versicherten im Zeitpunkt des Unfalles zustand.

Auch bei Löhnen über dem Höchstbetrag des versicherten Verdienstes ist der effektive Lohn anzugeben.

Bei den Angaben zum Stundenlohn ist die Ferien- und Feiertagsentschädigung sowie die Gratifikation bzw. der 13. Monatslohn separat anzugeben.

Die Mitarbeitenden der Militärversicherung stehen Ihnen für die Beantwortung weiterer Fragen jederzeit gerne zur Verfügung. Rufen Sie uns an.

Suva Bern, Militärversicherung, Postfach 8715, 3001 Bern, Tel. 031 387 35 35
Suva St. Gallen, Militärversicherung, Postfach, 9001 St. Gallen, Tel. 071 227 75 11

Apothekerschein MVG		Bitte Versicherten-Nummer hier vermerken ▶	Versicherten-Nummer
▶ Angaben des/r Versicherten:			
Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
Strasse		Tel.-Nr.	
PLZ/Wohnort			

Dienstanlass und -Ort	Einheit oder Organisation	Grad / Funktion
Eintrückungstag	Entlassungstag	vorzeitige Entlassung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, wann?

Hinweise für die/den Versicherte/n

Hat die Militärversicherung die Übernahme der Heilkosten zugesichert, so werden Ihnen die vom Arzt verordneten Medikamente von der Apotheke ohne Bezahlung abgegeben. Alle Medikamente wollen Sie von der gleichen Apotheke beziehen, der dieser Schein abzugeben ist. Wir bitten Sie, die auf allen Zuschriften aufgeführte Versicherten-Nummer oben einzutragen bzw. durch den/die Apotheker/in eintragen zu lassen.

Hinweise für die Apotheke

Eine Übernahme der Behandlungskosten wird dem/der Versicherten durch die Militärversicherung bekanntgegeben (Ausnahme: Bagatellfälle). Verlangen Sie bitte diese Bestätigung – die auch Ihnen gegenüber als Zahlungsgarantie dient – zur Einsicht und übertragen Sie die darauf vermerkte Versicherten-Nummer auf diesen Apothekerschein.

Rechnung der Apotheke

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

Senden Sie diese Rechnung bitte nach Abschluss der Behandlung – spätestens aber nach 3 Monaten – an die Militärversicherung.

Einen neuen Apothekerschein können Sie unter Angabe der Versicherten-Nummer bei der **Militärversicherung** verlangen, wenn

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

Datum:

Stempel und Adresse der Apotheke:

Postkonto-Nr.

oder Name, Adresse und Konto-Nr. der Bank

Krankheits- und Unfallschein MVG		Bitte Versicherten-Nummer hier vermerken ▶	Versicherten-Nummer
▶ Angaben des/r Versicherten:			
Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
Strasse		Tel.-Nr.	
PLZ/Wohnort			

Ermittlung des Taggeldanspruchs bei einer Arbeitsunfähigkeit

Wir bitten Sie, die **Versicherten-Nummer**, die bei jeder Zuschrift der Versicherung erwähnt ist, auf den Krankheits- und Unfallschein zu übertragen sowie bei Anfragen immer anzugeben.

Dieser Krankheits- und Unfallschein bleibt in Ihren Händen; er ist dem Arzt bei jedem Besuch vorzulegen. Bitte senden Sie ihn bei Aufnahme der Arbeit, **spätestens** nach 8 Wochen Arbeitsunfähigkeit an die Militärversicherung zurück.

Eine **Arbeitsunfähigkeit** wird durch den Arzt auf dem Krankheits- und Unfallschein eingetragen. **Teilarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten**, es sei denn, der Arzt schreibe **aus medizinischen Gründen etwas anderes vor (siehe Kasten unten)**.

Über die Auszahlung orientiert die Taxationsanzeige, die jeder/jedem Versicherten zugestellt wird.

Dieser Schein gilt nicht als Anerkennung einer Leistungspflicht.

Bei einem allfälligen Arztwechsel setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

Die notwendigen **Reise- und Transportkosten** – z. B. zum nächsten Arzt/Spital – werden Ihnen zurückerstattet. Wählen Sie bitte ein den Verhältnissen angemessenes, preisgünstiges Transportmittel (z. B. öffentliches Verkehrsmittel); gegebenenfalls Abonnement lösen. Bitte auf Spesenabrechnung Ihr Post- oder Bankkonto angeben. Lassen Sie sich aus persönlichen Gründen auswärts behandeln, so kann die Militärversicherung die entsprechenden Mehrkosten nicht entschädigen.

Als Militärversicherung übernehmen wir die Kosten der allgemeinen Abteilung einer Spitalbehandlung. Für die Dauer des **Spitalaufenthaltes** kann vom Taggeld ein Betrag an die Unterhaltskosten abgezogen werden.

Bestätigung des Arztes (Arbeitsunfähigkeit wegen der militärversicherten Gesundheitsschädigung)

Diagnose:

Datum der Arztkonsultation	Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift Arzt/Ärztin
	Grad	gültig ab	

Bemerkungen zur Teilarbeitsfähigkeit			
1)	%, d.h.	Std./Tag zu	%
2)	%, d.h.	Std./Tag zu	%
3)	%, d.h.	Std./Tag zu	%

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit: _____

Die ärztliche Behandlung endete am: _____

Ort/Datum:

Stempel/Adresse Arzt/Ärztin: