

**Sympany Versicherungen AG**

Peter Merian-Weg 4  
4002 Basel  
Telefon 0800 955 000  
Fax 0800 955 999  
www.sympany.ch

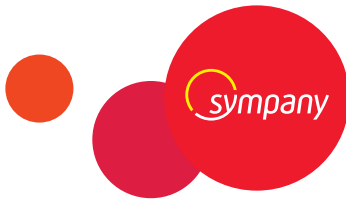
**Unfallmeldung UVG**

		<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Zahnschaden	Schaden-Nummer
		<input type="checkbox"/> Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Rückfall	
<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.		Vertrags-/Policen-Nr.
		Kontaktperson (Name, Telefonnummer, E-Mail)		
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)		
<b>2. Verletzte/r</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl	Geburtsdatum		AHV-Nummer
		Tel.-Nr. (sofern bekannt)		Staatsangehörigkeit
	<input type="checkbox"/> Quellensteuerpflichtig	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre (Anzahl)		Zivilstand
	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich			
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf		Personengruppe/-kreis
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/in			
	Verhältnis: <input type="checkbox"/> Unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt			
	Arbeitszeit des/der Erkrankten (Stunden je Woche):		Vertraglicher Beschäftigungsgrad:	
	Betriebsübliche Vollarbeitszeit (Stunden je Woche):		Arbeitseinsatz:	
<b>4. Schadendatum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
<b>5. Unfallort</b>	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse)			
<b>6. Sachverhalt</b> (Unfallbeschreibung, Verdacht auf Berufskrankheit)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
	Beteiligte Person(en):			
	Besteht ein Polizeirapport? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt			
<b>7. Berufsunfall</b>	Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
<b>8. Nicht-berufsunfall</b>	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?			
	Bis:	Grund der Absenz:		
<b>9. Verletzung</b>	Körperteil:	Schädigung:		
	<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts			
<b>10. Arbeitsunfähigkeit</b>	Arbeit zufolge des Unfalls ausgesetzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, ab wann?	
	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit: länger als 1 Monat: <input type="checkbox"/>	Falls Arbeit wieder aufgenommen: Ab wann?		
<b>11. Arztadressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		
<b>12. Lohn</b>	Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)	CHF pro Stunde	Monat	Jahr
	Kinder-/Familienzulagen			
	Ferien-/Feiertagsentschädigung			
	Gratifikation/13. Monatslohn (und weitere)			
	Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage)			
	Bezeichnung:			
<b>13. Sonderfälle</b>	<input type="checkbox"/> Freiwillige Untermeherversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied, Gesellschafter <input type="checkbox"/> Weitere(r) Arbeitgeber:			
<b>14. Andere Sozialversicherungsleistungen</b>	Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenversicherung, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, beruflicher Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse oder auf Mutterschaftsentschädigung? Wenn ja, wo?			

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift





**Sympany Versicherungen AG**

Peter Merian-Weg 4  
4002 Basel  
Telefon 0800 955 000  
Fax 0800 955 999  
www.sympany.ch

Referenznummer (EAN): 7601003019759

**Apothekerschein UVG**

Bitte Schaden-Nummer hier vermerken.

Schaden-Nummer

**Arbeitgeber**

Name und Adresse mit Postleitzahl  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

Vertrags-/Policen-Nr. \_\_\_\_\_

Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) \_\_\_\_\_

**Verletzte/r**

Name und Adresse mit Postleitzahl  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

AHV-Nummer \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Vertraglicher Beschäftigungsgrad \_\_\_\_\_

Männlich  Weiblich

**Schadendatum**

Tag \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

Zeit (Stunden, Minuten) \_\_\_\_\_

**Hinweise für die/den Verletzte/n**

Hat die Versicherung die Übernahme der Heilkosten 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. Wir bitten Sie, die auf allen Zuschriften aufgeführte Schaden-Nummer oben einzutragen bzw. durch den Apotheker eintragen zu lassen.

**Hinweise für den Apotheker**

Eine Übernahme der Behandlungskosten wird dem/der Verletzten durch die Versicherung bekanntgegeben. Verlangen Sie bitte diese Bestätigung – die auch Ihnen gegenüber als Zahlungsgarantie dient – zur Einsicht, und übertragen Sie die darauf vermerkte Schaden-Nummer auf diesen Apothekerschein.

**Rechnung der Apotheke**

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis	
		CHF	Rp.


Bitte Rezepte beilegen      Total \_\_\_\_\_

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

Einen neuen Apothekerschein können Sie unter Angabe der Schaden-Nummer 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

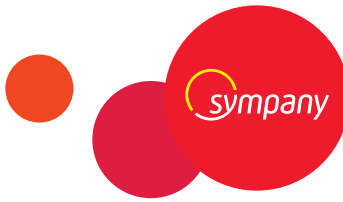
Geht an: Verletzte/n → Apotheker → Sympany

Postkonto-Nr., Bank und Bankkonto-Nr.

Bei Abrechnung über OFAC: 35-1





**Sympany Versicherungen AG**

Peter Merian-Weg 4  
4002 Basel  
Telefon 0800 955 000  
Fax 0800 955 999  
www.sympany.ch

Referenznummer (EAN): 7601003019759

**Arztzeugnis UVG**

Bitte Schaden-Nummer hier vermerken.

Schaden-Nummer

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Schaden-Nummer
			Vertrags-/Policen-Nr.
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	

<b>2. Verletzte/r</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl	Geburtsdatum	AHV-Nummer
		Ausgeübter Beruf	Vertraglicher Beschäftigungsgrad
<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich			

<b>3. Schadendatum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
------------------------	-----	-------	------	-------------------------

<b>4. Erstbehandlung</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit
	<input type="checkbox"/> Während		<input type="checkbox"/> Am Unfallort	<input type="checkbox"/> Ausserhalb der Sprechstunde

<b>5. Angaben Patient</b>	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?
---------------------------	--

<b>6. Allgemeinzustand</b>	a) Besondere Wahrnehmungen (Gemütsverfassung, Alkohol, Drogen usw.)
	b) Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Körperanomalien (Invalidität)

<b>7. Befund</b>	Röntgenbefund
------------------	---------------

<b>8. Diagnose</b>	
--------------------	--

<b>9. Kausalität</b>	Liegen ausschliesslich Unfallfolgen vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Wenn nein, bitte begründen:

<b>10. Therapie</b>	a) Was haben Sie bisher veranlasst?
	b) Schlagen Sie besondere Massnahmen vor?
	c) Ist der Patient hospitalisiert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein    Wenn ja, wo?

<b>11. Arbeitsunfähigkeit</b>	Arbeit infolge des Unfalls ausgesetzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, ab wann?
	Falls Arbeit wieder aufgenommen <input type="checkbox"/> Ganz <input type="checkbox"/> Teilweise	Ab wann?

<b>12. Arbeitsaufnahme</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Teilweise zu % ab	Voll ab
----------------------------	---	-------------------	---------

<b>13. Behandlungsabschluss</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Am	Voraussichtlich in Wochen
---------------------------------	---	----	---------------------------

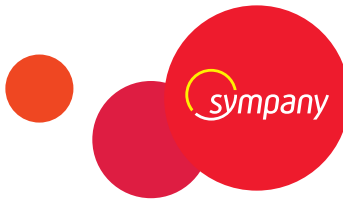
Ort und Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Geht an: erstbehandelnden Arzt/Spital

Dieses Arztzeugnis ist unverzüglich an die Sympany Versicherungen weiterzuleiten





**Sympany Versicherungen AG**

Peter Merian-Weg 4  
 4002 Basel  
 Telefon 0800 955 000  
 Fax 0800 955 999  
 www.sympany.ch

Referenznummer (EAN): 7601003019759

**Unfallschein UVG**

Bitte Schaden-Nummer hier vermerken. Schaden-Nummer \_\_\_\_\_

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Schaden-Nummer
	_____		_____	Vertrags-/Policen-Nr. _____
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)		
<b>2. Verletzte/r</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	_____		_____	_____
	_____		Tel.-Nr. (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit
	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich		Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre (Anzahl)
		_____	_____	_____
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf	
	_____		_____	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/in Verhältnis: <input type="checkbox"/> Unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt			
	Arbeitszeit des/der Verletzten (Stunden je Woche): _____		Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____	
Betriebsübliche Vollarbeitszeit (Stunden je Woche): _____		Arbeitseinsatz: _____		
<b>4. Schadendatum</b>	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
	_____	_____	_____	_____

**Hinweise für die/den Verletzte/n**

Wir bitten Sie, die Schaden-Nummer – 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.  
 Bei einem allfälligen Arztwechsel wollen Sie sich unverzüglich mit der Versicherung in Verbindung setzen.  
 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.

Eine Arbeitsunfähigkeit wird durch den Arzt auf dem Unfallschein eingetragen. Teilarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten, es sei denn, der Arzt schreibe aus medizinischen Gründen etwas anderes vor (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 zurückerstattet. 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 kann die Versicherung die entsprechenden Mehrkosten nicht entschädigen.

**Eintragungen des Arztes**

und Zeit des nächsten Besuchs	Datum		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
	des erfolgten Besuchs	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 \_\_\_\_\_ %

Die ärztliche Behandlung endete am \_\_\_\_\_

Medikamente bezogen bei (Name und Adresse der Apotheke):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Stempel des Arztes**



Geht an: Verletzte/n → Betrieb → Sympany