**Sympany Versicherungen AG**

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

Bagatellunfall-Meldung UVGSchaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tel.-Nr. <input type="text"/>	Vertrags-/Policen-Nr. <input type="text"/>
		Kontaktperson (Name, Telefonnummer, E-Mail) <input type="text"/> <input type="text"/>	
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) <input type="text"/>	
2. Verletzte/r	Name und Adresse mit Postleitzahl <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum <input type="text"/>	AHV-Nummer <input type="text"/>
		Staatsangehörigkeit <input type="text"/>	Zivilstand <input type="text"/>
3. Anstellung	Datum der Anstellung <input type="text"/>	Ausgeübter Beruf <input type="text"/>	Personengruppe/-kreis <input type="text"/>
	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		
	Arbeitszeit des/der Verletzten (Stunden je Woche): <input type="text"/>		
4. Schaden-datum	Tag <input type="text"/>	Monat <input type="text"/>	Jahr <input type="text"/>
	Zeit (Stunden, Minuten) <input type="text"/>		
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse) <input type="text"/>		
6. Sachverhalt (Unfallbe-schreibung)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge <input type="text"/> <input type="text"/> Beteiligte Person(en): <input type="text"/>		
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung) <input type="text"/>		
8. Nichtberufs-unfall	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)? Bis: <input type="text"/>		
	Grund der Absenz: <input type="text"/>		
9. Verletzung	Körperteil: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts	Schädigung: <input type="text"/> <input type="text"/>	
10. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik <input type="text"/> <input type="text"/>	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Ort und Datum <input type="text"/>	Stempel und Unterschrift	

Hinweis für den Arbeitgeber

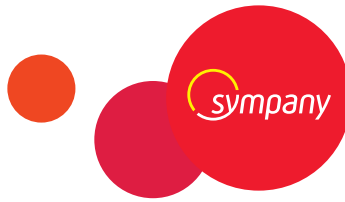
Diese Bagatellunfall-Meldung ist auszufüllen, wenn keine Arbeitsunfähigkeit oder eine solche von höchstens 3 Kalendertagen (Unfalltag und die anschliessenden 2 Tage) eintritt.

Ausnahmen Anstelle dieser Bagatellunfall-Meldung ist eine Unfallmeldung UVG auszufüllen bei

- Berufskrankheit
- Zahnschaden oder
- Rückfall

Für Rückerstattungsgesuche von bereits bezahlten Rechnungen bitten wir Sie, Belege beizulegen und nachfolgend die Zahladresse (Post-/Bankkonto) anzugeben.

Bankkonto: 



Sympany Versicherungen AG

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

Referenznummer (EAN): 7601003019759

Apothekerschein Bagatellunfall UVG

Schaden-Nummer

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Vertrags-/Policen-Nr.
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)		
	<input type="text"/>		

Verletzte/r	Name und Adresse mit Postleitzahl	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ausgeübter Beruf	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich		

Schadendatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hinweise für die/den Verletzte/n

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

Hinweise für den Apotheker

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 bei uns verlangen, wenn

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

Verletzung	Körperteil: <input type="text"/>	Schädigung: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts	<input type="text"/>

Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis CHF	Rp.	Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Stempel der Apotheke

Bitte Rezepte beilegen Total

Postkonto-Nr., Bank und Bankkonto-Nr.

Bei Abrechnung über OFAC: 35-1

Geht an: Verletzte/n → Apotheker → Sympany

