

Sympany Versicherungen AG

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

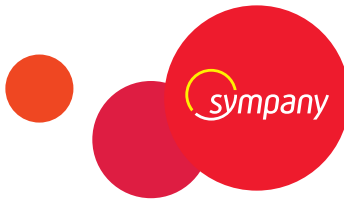
Unfallmeldung UVG

		<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Zahnschaden	Schaden-Nummer
		<input type="checkbox"/> Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Rückfall	
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.		Vertrags-/Policen-Nr.
		Kontaktperson (Name, Telefonnummer, E-Mail)		
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)		
2. Verletzte/r	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			
3. Anstellung	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:	
4. Schadendatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse)			
6. Sachverhalt (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			
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
8. Nicht-berufsunfall	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?			
	Bis:	Grund der Absenz:		
9. Verletzung	Körperteil:	Schädigung:		
	<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts			
10. Arbeitsunfähigkeit	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?		
11. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		
12. Lohn	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:			
13. Sonderfälle	<input type="checkbox"/> Freiwillige Untermeherversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied, Gesellschafter <input type="checkbox"/> Weitere(r) Arbeitgeber:			
14. Andere Sozialversicherungsleistungen	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 _____

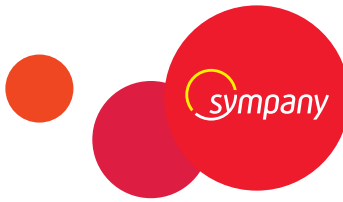
Stempel der Apotheke

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

Unfallschein UVG

Bitte Schaden-Nummer hier vermerken. Schaden-Nummer _____

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Vertrags-/Policen-Nr.
	_____		_____	_____
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)		

2. Verletzte/r	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)	
		_____	_____	
3. Anstellung	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: _____	
4. Schadendatum	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