



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 Unternehmerversicherung <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

Arztzeugnis UVG

Bitte Schaden-Nummer hier vermerken.

Schaden-Nummer

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

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

3. Schadendatum	Tag	Monat	Jahr	Zeit (Stunden, Minuten)
------------------------	-----	-------	------	-------------------------

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

5. Angaben Patient	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?
---------------------------	--

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

7. Befund	
	Röntgenbefund

8. Diagnose	
--------------------	--

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

10. Therapie	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?

11. Arbeitsunfähigkeit	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?

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

13. 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 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 _____

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Schaden-Nummer
	_____		_____	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