

Sympany Versicherungen AG

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

Krankheitsanzeige/Mutterschaftsanzeige

1. Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl

Tel.-Nr. _____ Policen-Nr. _____
 Kontaktperson (Name, Telefonnummer, E-Mail)

 Üblicher Arbeitsplatz des/der Erkrankten (Betriebszweig)

2. Erkrankte Person Name und Adresse mit Postleitzahl

Geburtsdatum _____ AHV-Nummer _____
 Tel.-Nr. (sofern bekannt) _____ Staatsangehörigkeit _____
 Quellensteuerpflichtig
 Männlich Weiblich
 Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre (Anzahl) _____ Zivilstand _____

3. Anstellung Datum der Anstellung _____ Ausgeübter Beruf _____ Personengruppe/-kreis _____

Stellung: Höheres Kader Mittleres Kader Angestellte/r / Arbeiter/in Lehrling Praktikant/in

Verhältnis: Unbefristeter Arbeitsvertrag Befristeter Arbeitsvertrag Arbeitsverhältnis gekündigt

Arbeitszeit des/der Erkrankten (Stunden je Woche): _____ Tage je Woche: _____
 Betriebsübliche Vollarbeitszeit (Stunden je Woche): _____ Arbeitseinsatz: _____

4. Ereignis Krankheit Mutterschaft Datum der Erkrankung/Geburtsstermin: _____

5. Arbeitsunfähigkeit Arbeit infolge Krankheit/Mutterschaft ausgesetzt? Ja Nein Wenn ja, ab wann? _____

Voraussichtliche Dauer: _____ Falls Arbeit wieder aufgenommen: _____
 Ab wann? _____

6. Arztadressen Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik _____ Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik _____

7. Lohn	CHF pro Stunde	Monat	Jahr
Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)	_____	_____	_____
Kinder-/Familienzulagen	_____	_____	_____
Ferien-/ Feiertagsentschädigung	_____	_____	_____
Gratifikation/13. Monatslohn (und weitere)	_____	_____	_____
Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage)	_____	_____	_____
Bezeichnung: _____	_____	_____	_____

8. Die Taggeldauszahlung ist auf folgendes Post- oder Bankkonto zu überweisen:

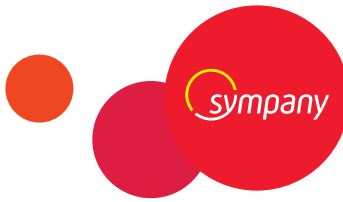
Name des Kontoinhabers _____
 Bankkonto _____ Name und Ort der Bank _____
 Postkonto _____ Clearing-Nr./PC-Konto der Bank _____
 _____ Konto-Nr. _____

9. Andere Versicherungen 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?

10. Bemerkung an die Versicherung

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

Ärztliches Zeugnis

Die Sympany Versicherungen sind zur Geheimhaltung der Diagnose verpflichtet!

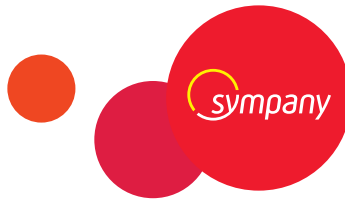
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____ _____	Tel.-Nr. _____ Policen-Nr. _____ Kontaktperson (Name, Telefonnummer, E-Mail) _____ _____ Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) _____
2. Versicherte Person	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Quellensteuerpflichtig <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum _____ AHV-Nummer _____ Tel.-Nr. (sofern bekannt) _____ Staatsangehörigkeit _____ Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre (Anzahl) _____ Zivilstand _____
3. Diagnose	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Mutterschaft <input type="checkbox"/> Unfall ICD-Code: _____ _____ _____	
4. Prognose	_____ _____ _____	
5. Beginn der Symptome	_____ _____ _____	
6. Behandlungsbeginn	Datum _____ Wenn ja, seit wann? _____	Bestand das Leiden schon früher? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7. Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Ganz arbeitsunfähig vom _____ bis _____ u _____ % <input type="checkbox"/> Teilweise arbeitsunfähig vom _____ bis _____ u _____ % vom _____ bis _____ u _____ %	
8. Arbeitsaufnahme	Voraussichtlich <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ab _____ u _____ % Ist eine andere, leichtere Tätigkeit zumutbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche und ab wann? (z.B. Haushalt, Administratives usw.) _____	
9. Bestehen Ihrerseits Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit?	Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10. Sollten weitere Abklärungen vorgenommen werden?	Wenn ja, welche und durch wen? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
11. Haben Sie für andere Versicherungen Zeugnisse ausgefüllt?	Wenn ja, welche? _____ Ist eine IV-Anmeldung erfolgt? <input type="checkbox"/> Ja/Datum _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Für Umschulung <input type="checkbox"/> Für Rente	
12. Bemerkungen	_____ _____ _____	

Ort und Datum _____

Unterschrift und Stempel des Arztes _____

Damit für den Versicherten in den Taggeldzahlungen keine Verzögerung eintritt, bitten wir Sie, den ausgefüllten und unterschriebenen Bericht innert 7 Tagen an den Vertrauensarzt der Sympany Versicherungen zurückzuschicken.





Sympany Versicherungen AG

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

Krankentag-Kontrolle

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr. _____ Policen-Nr. _____
	_____	Kontaktperson (Name, Telefonnummer, E-Mail)
	_____	_____
	_____	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)

Versicherte Person	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		

Ereignis	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Mutterschaft	Datum der Erkrankung/Geburtstermin: _____
-----------------	--	---

Arbeitsunfähigkeit	Arbeit infolge Krankheit/Mutterschaft ausgesetzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, ab wann? _____
	Voraussichtliche Dauer: _____	Falls Arbeit wieder aufgenommen: Ab wann? _____

Hinweise für die erkrankte Person

Dieser Arbeitsunfähigkeitsschein bleibt während der Dauer der Genesung in Ihren Händen; er ist dem Arzt bei jedem Besuch vorzulegen und nach Abschluss der Behandlung im Betrieb abzugeben.
Dieser Schein gilt nicht als Anerkennung einer Leistungspflicht. Bei einem allfälligen Arztwechsel wollen Sie sich unverzüglich mit der Versicherung in Verbindung setzen.

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

Eintragungen des Arztes

Datum des erfolgten Besuchs	Grad	Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
		Gültig ab	bis	

- * 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

