

Trust Sympany
 Sympany Versicherungen AG
 Peter Merian-Weg 4
 4002 Basel
 Telefon 0800 955 000
 Fax 0800 955 999
 www.trustSympany.ch

Bagatellunfall-Meldung UVG

Schaden-Nummer

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
 Staatsangehörigkeit Zivilstand
 Männlich Weiblich

3. Anstellung Datum der Anstellung Ausgeübter Beruf Personengruppe/-kreis
 Stellung: Höheres Kader Mittleres Kader Angestellte/r / Arbeiter/in Lehrling Praktikant/in
 Arbeitszeit des/der Verletzten (Stunden je Woche):

4. Schaden-datum Tag Monat Jahr Zeit (Stunden, Minuten)

5. Unfallort Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse)

6. Sachverhalt Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge
 (Unfallbe-schreibung)

 Beteiligte Person(en):

7. Berufsunfall Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)

8. Nichtberufs-unfall Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?
 Bis: Grund der Absenz:

9. Verletzung Körperteil: Schädigung:
 Links Rechts

10. Arztadressen Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik

Ort und Datum Stempel und Unterschrift

Hinweis für den Arbeitgeber

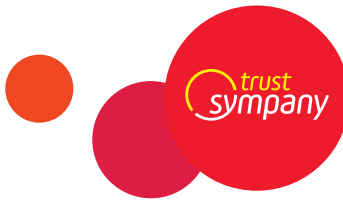
Diese Bagatellunfall-Meldung ist auszufüllen, wenn keine Arbeitsunfähigkeit oder eine solche von höchstens 3 Kalendertagen (Unfalltag und die anschliessenden 2 Tage) eintritt.

- 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:





Trust Sympany
 Sympany Versicherungen AG
 Peter Merian-Weg 4
 4002 Basel
 Telefon 0800 955 000
 Fax 0800 955 999
 www.trustSympany.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="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"/>

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.

Geht an: Verletzte/n → Apotheker → Sympany

Bei Abrechnung über OFAC: 35-1

