

**Trust Sympany**  
 Sympany Versicherungen AG  
 Peter Merian-Weg 4  
 4002 Basel  
 Telefon 0800 955 000  
 Fax 0800 955 999  
 www.trustSympany.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  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Quellensteuerpflichtig  
 Männlich  Weiblich

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Tel.-Nr. (sofern bekannt) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung  
 bis 25 Jahre (Anzahl) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

AHV-Nummer \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 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:**

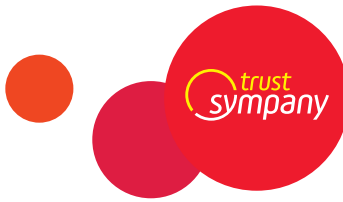
Name des Kontoinhabers \_\_\_\_\_  
 Bankkonto \_\_\_\_\_ Name und Ort der Bank \_\_\_\_\_  
 Postkonto \_\_\_\_\_ Clearing-Nr./PC-Konto der Bank \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Konto-Nr. \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_





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

**Ärztliches Zeugnis**

Die Trust Sympany ist 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 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Quellensteuerpflichtig  
 Männlich  Weiblich  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_ AHV-Nummer \_\_\_\_\_  
 Tel.-Nr. (sofern bekannt) \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_  
 Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre (Anzahl) \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_

---

**3. Diagnose**  Krankheit  Berufskrankheit  Mutterschaft  Unfall ICD-Code: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

---

**4. Prognose** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

---

**5. Beginn der Symptome** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

---

**6. Behandlungsbeginn** Datum \_\_\_\_\_ Bestand das Leiden schon früher?  Ja  Nein  
 Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

---

**7. Arbeitsunfähigkeit**  Ganz arbeitsunfähig vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ u \_\_\_\_\_ %  
 Teilweise arbeitsunfähig vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ u \_\_\_\_\_ %  
 vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ u \_\_\_\_\_ %

---

**8. Arbeitsaufnahme** Voraussichtlich  Ja  Nein ab \_\_\_\_\_ u \_\_\_\_\_ %  
 Ist eine andere, leichtere Tätigkeit zumutbar?  Ja  Nein  
 Wenn ja, welche und ab wann? \_\_\_\_\_  
 (z.B. Haushalt, Administratives usw.) \_\_\_\_\_

---

**9. Bestehen Ihrerseits Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit?**  Ja  Nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

---

**10. Sollten weitere Abklärungen vorgenommen werden?**  Ja  Nein  
 Wenn ja, welche und durch wen? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

---

**11. Haben Sie für andere Versicherungen Zeugnisse ausgefüllt?**  Ja  Nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 Ist eine IV-Anmeldung erfolgt?  Ja/Datum \_\_\_\_\_  Nein  Für Umschulung  Für Rente

---

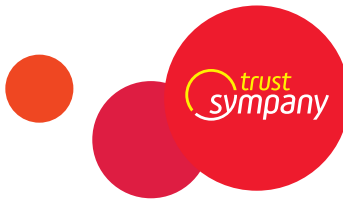
**12. Bemerkungen** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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 Trust Sympany zurückzuschicken.





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

**Krankentag-Kontrolle**

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

<b>Versicherte Person</b>	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	_____	_____

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

<b>Arbeitsunfähigkeit</b>	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 \_\_\_\_\_

**Stempel des Arztes**

Medikamente bezogen bei (Name und Adresse der Apotheke):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geht an: Verletzte/n → Betrieb → Sympany

