

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

**Unfallmeldung UVG**

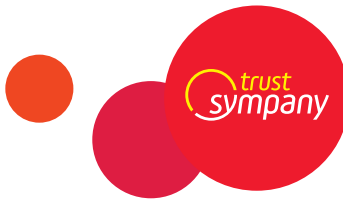
		<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Zahnschaden	Schaden-Nummer
		<input type="checkbox"/> Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Rückfall	
<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Vertrags-/Policen-Nr.	
		Kontaktperson (Name, Telefonnummer, E-Mail)		
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)			
<b>2. Verletzte/r</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	Ausgeübter Beruf	Personengruppe/-kreis	
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung			
	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:		
<b>4. Schadendatum</b>	Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr <input type="text"/>	Zeit (Stunden, Minuten)	<input type="text"/>	
<b>5. Unfallort</b>	Ort (Name oder PLZ) und Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse) <input type="text"/>			
<b>6. Sachverhalt</b> (Unfallbeschreibung, Verdacht auf Berufskrankheit)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalls; Unfallhergang, beteiligte Personen, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge			
	Beteiligte Person(en): <input type="text"/>			
	Besteht ein Polizeirapport? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt			
<b>7. Berufsunfall</b>	Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschine, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)			
	<input type="text"/>			
<b>8. Nicht-berufsunfall</b>	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall letztmals im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit)?			
	Bis: <input type="text"/>	Grund der Absenz: <input type="text"/>		
<b>9. Verletzung</b>	Körperteil: <input type="text"/>	Schädigung: <input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts			
<b>10. Arbeitsunfähigkeit</b>	Arbeit zufolge des Unfalls ausgesetzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, ab wann? <input type="text"/>		
	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit: länger als 1 Monat: <input type="checkbox"/>	Falls Arbeit wieder aufgenommen: <input type="text"/>		
		Ab wann? <input type="text"/>		
<b>11. Arztadressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<b>12. Lohn</b>	<b>CHF pro</b>	<b>Stunde</b>	<b>Monat</b>	<b>Jahr</b>
Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)				
Kinder-/Familienzulagen				
Ferien-/Feiertagsentschädigung				
Gratifikation/13. Monatslohn (und weitere)				
Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage)				
Bezeichnung:				
<b>13. Sonderfälle</b>	<input type="checkbox"/> Freiwillige Untermeherversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied, Gesellschafter <input type="checkbox"/> Weitere(r) Arbeitgeber: <input type="text"/>			
<b>14. Andere Sozialversicherungsleistungen</b>	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?			
	<input type="text"/>			

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

Referenznummer (EAN): 7601003019759

**Arztzeugnis UVG**

Bitte Schaden-Nummer hier vermerken.

Schaden-Nummer

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____ _____	Tel.-Nr. _____	Schaden-Nummer Vertrags-/Policen-Nr. _____
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) _____	
<b>2. Verletzte/r</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____ _____	Geburtsdatum _____	AHV-Nummer _____
	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Ausgeübter Beruf _____	Vertraglicher Beschäftigungsgrad _____
<b>3. Schadendatum</b>	Tag _____	Monat _____	Jahr _____
	Zeit (Stunden, Minuten) _____		
<b>4. Erstbehandlung</b>	Tag _____	Monat _____	Jahr _____
	<input type="checkbox"/> Während	<input type="checkbox"/> Am Unfallort	<input type="checkbox"/> Ausserhalb der Sprechstunde
	<input type="checkbox"/> In der Wohnung des Patienten/der Patientin		
<b>5. Angaben Patient</b>	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall? _____ _____		
<b>6. Allgemeinzustand</b>	a) Besondere Wahrnehmungen (Gemütsverfassung, Alkohol, Drogen usw.) _____ _____		
	b) Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Körperanomalien (Invalidität) _____ _____		
<b>7. Befund</b>	_____ _____ Röntgenbefund _____ _____		
<b>8. Diagnose</b>	_____ _____		
<b>9. Kausalität</b>	Liegen ausschliesslich Unfallfolgen vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn nein, bitte begründen: _____ _____		
<b>10. Therapie</b>	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? _____ _____		
<b>11. Arbeitsunfähigkeit</b>	Arbeit infolge des Unfalls ausgesetzt? Falls Arbeit wieder aufgenommen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ganz <input type="checkbox"/> Teilweise	Wenn ja, ab wann? Ab wann? _____
<b>12. Arbeitsaufnahme</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Teilweise zu _____ % ab _____	Voll ab _____
<b>13. Behandlungsabschluss</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Am _____ Voraussichtlich in _____ Wochen	

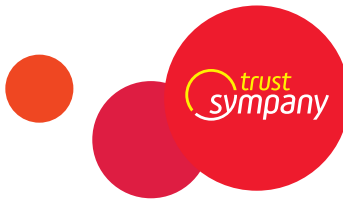
Ort und Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Geht an: erstbehandelnden Arzt/Spital

Dieses Arztzeugnis ist unverzüglich an die Trust Sympany weiterzuleiten





**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

**Unfallschein UVG**

Bitte Schaden-Nummer hier vermerken. Schaden-Nummer \_\_\_\_\_

<b>1. Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Vertrags-/Policen-Nr.
	_____		_____	_____
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)		
<b>2. Verletzte/r</b>	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)
		_____	_____	_____
<b>3. Anstellung</b>	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: _____	
<b>4. Schadendatum</b>	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