



Krankheitsanzeige

Dossier-Nr. _____

1. Arbeitgeber Arbeitgeberin	Name und Adresse mit Postleitzahl	Telefon-Nr.	Vertrag-Nr.
	_____	_____	_____
2. Versicherte Person	Name und Vorname	Geburtsdatum	Telefon-Nr.
	Strasse	Nationalität	Aufenthaltsbewilligung
	PLZ Wohnort	AHV-Nummer	_____

3. Wann hat der/die Versicherte vor der Krankheit letztmals gearbeitet?

4. Das Arbeitsverhältnis ist ungekündigt gekündigt aufgelöst per: _____

5.1 Ausgeübte Tätigkeit des Versicherten in Ihrem Betrieb: _____

5.2 Hat die versicherte Person Führungsaufgaben? ja nein

5.3 Die versicherte Person verrichtet ihre Tätigkeit hauptsächlich: stehend sitzend

5.4 Wie ist die Tätigkeit der versicherten Person vorrangig ausgerichtet? administrativ handwerklich

5.5 Die versicherte Person muss regelmässig Gewichte über 5 kg heben/transportieren. ja nein

6. Datum der Anstellung: _____ Art der Erkrankung: _____ Dauer der Arbeitsunfähigkeit kleiner 30 Tage

7. **Arztadressen** Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik _____ Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik _____

8. **Arbeitszeit** Tage pro Woche _____ Stunden pro Woche _____ Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden _____

9. Lohn (*soweit AHV beitragspflichtig)	CHF pro	Std.	Tag	Monat	Jahr
* Grundlohn (brutto)					
Kinder-/Familienzulagen					
* Ferien-/Feiertagsentschädigung _____ % oder _____					
* Andere Lohnzulagen (Art) _____					
* Gratifikation/13. Monatslohn					

10. Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente einer Krankenversicherung, einer obligatorischen Unfallversicherung nach UVG, der Invalidenversicherung, Militärversicherung oder Arbeitslosenversicherung?
Wenn ja, welche Versicherung? _____

11. **Vergütung des Taggeldes:** Postkonto-Nr. _____ Kontoinhaber
oder _____ Kontoinhaber
Bank _____
IBAN _____

12. **Vollmacherteilung**

Ich habe die Ermächtigung betreffend Datenverarbeitung auf der Rückseite gelesen und akzeptiere diese.

Ort und Datum: _____ Unterschrift der versicherten Person: _____

Ort und Datum: _____ Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers: _____

Nach dem Ausfüllen bitte das **Arztzeugnis sofort dem behandelnden Arzt übergeben.**



280.1020 d 3.12.pdf eReSTe

Die unterzeichnete versicherte Person ermächtigt die Versicherungsgesellschaft im Rahmen der Prüfung und Bearbeitung dieses Versicherungsfalles seine Person betreffende Daten zu bearbeiten. Die Gesellschaft kann insbesondere:

- Daten an involvierte Dritte im In- und Ausland (z.B. Mit- und Rückversicherer oder Case-Manager) übermitteln;
- allfällig mögliche Rückgriffe auf einen haftpflichtigen Dritten (bzw. dessen Haftpflichtversicherer) ausüben und diesem die dazu erforderlichen Daten bekannt geben;
- bei medizinischen Leistungserbringern (Ärzten, Chiropraktoren, Psychologen, Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, Laboratorien, Spitälern, Einrichtungen zur teilstationären oder ambulanten Krankenpflege, Pflegeheimen), Sozial- (AHV, IV, UVG- und KVG-Versicherung) und Privatversicherern, Vorsorgeeinrichtungen, Arbeitsstellen, Arbeitgebern sowie Zeugen und anderen Auskunftspersonen sachdienliche Informationen einholen sowie in deren Akten Einsicht nehmen.

Der Unterzeichnete ermächtigt die betreffenden Personen und Institutionen, der Versicherungsgesellschaft auf Anfrage die zur Prüfung und Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Daten bekannt zu geben und entbindet sie zu diesem Zweck von ihrer Geheimhaltungspflicht.

Diese Entbindung gilt auch für die Gesellschaft in Bezug auf Daten, die sie zur Abwicklung des Versicherungsfalles an Dritte weitergibt.



Krankheitsanzeige (Doppel für den Arbeitgeber)

Dossier-Nr. _____

1. Arbeitgeber Arbeitgeberin	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____	Telefon-Nr.	Vertrag-Nr.
2. Versicherte Person	Name und Vorname _____	Geburtsdatum	Telefon-Nr.
	Strasse _____	Nationalität	Aufenthaltsbewilligung
	PLZ Wohnort _____	AHV-Nummer	

3. Wann hat der/die Versicherte vor der Krankheit letztmals gearbeitet?

4. Das Arbeitsverhältnis ist ungekündigt gekündigt aufgelöst per: _____

5.1 Ausgeübte Tätigkeit des Versicherten in Ihrem Betrieb: _____

5.2 Hat die versicherte Person Führungsaufgaben? ja nein

5.3 Die versicherte Person verrichtet ihre Tätigkeit hauptsächlich: stehend sitzend

5.4 Wie ist die Tätigkeit der versicherten Person vorrangig ausgerichtet? administrativ handwerklich

5.5 Die versicherte Person muss regelmässig Gewichte über 5 kg heben/transportieren. ja nein

6. Datum der Anstellung: _____ Art der Erkrankung: _____ Dauer der Arbeitsunfähigkeit kleiner 30 Tage

7. **Arztadressen** Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik _____ Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik _____

8. **Arbeitszeit** Tage pro Woche _____ Stunden pro Woche _____ Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden _____

9. Lohn (*soweit AHV beitragspflichtig)	CHF pro	Std.	Tag	Monat	Jahr
* Grundlohn (brutto)					
Kinder-/Familienzulagen					
* Ferien-/Feiertagsentschädigung _____ % oder _____					
* Andere Lohnzulagen (Art) _____					
* Gratifikation/13. Monatslohn					

10. Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente einer Krankenversicherung, einer obligatorischen Unfallversicherung nach UVG, der Invalidenversicherung, Militärversicherung oder Arbeitslosenversicherung?
Wenn ja, welche Versicherung? _____

11. **Vergütung des Taggeldes:** Postkonto-Nr. _____ Kontoinhaber
oder
Bank _____ Kontoinhaber
IBAN _____

12. **Vollmachterteilung**

Ich habe die Ermächtigung betreffend Datenverarbeitung auf der Rückseite gelesen und akzeptiere diese.

Ort und Datum: _____ Unterschrift der versicherten Person: _____

Ort und Datum: _____ Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers: _____

Nach dem Ausfüllen bitte das **Arztzeugnis sofort dem behandelnden Arzt übergeben.**

Die unterzeichnete versicherte Person ermächtigt die Versicherungsgesellschaft im Rahmen der Prüfung und Bearbeitung dieses Versicherungsfalles seine Person betreffende Daten zu bearbeiten. Die Gesellschaft kann insbesondere:

- Daten an involvierte Dritte im In- und Ausland (z.B. Mit- und Rückversicherer oder Case-Manager) übermitteln;
- allfällig mögliche Rückgriffe auf einen haftpflichtigen Dritten (bzw. dessen Haftpflichtversicherer) ausüben und diesem die dazu erforderlichen Daten bekannt geben;
- bei medizinischen Leistungserbringern (Ärzten, Chiropraktoren, Psychologen, Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, Laboratorien, Spitälern, Einrichtungen zur teilstationären oder ambulanten Krankenpflege, Pflegeheimen), Sozial- (AHV, IV, UVG- und KVG-Versicherung) und Privatversicherern, Vorsorgeeinrichtungen, Arbeitsstellen, Arbeitgebern sowie Zeugen und anderen Auskunftspersonen sachdienliche Informationen einholen sowie in deren Akten Einsicht nehmen.

Der Unterzeichnete ermächtigt die betreffenden Personen und Institutionen, der Versicherungsgesellschaft auf Anfrage die zur Prüfung und Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Daten bekannt zu geben und entbindet sie zu diesem Zweck von ihrer Geheimhaltungspflicht.

Diese Entbindung gilt auch für die Gesellschaft in Bezug auf Daten, die sie zur Abwicklung des Versicherungsfalles an Dritte weitergibt.



Ärztliches Zeugnis Krankenversicherung

Dossier-Nr. _____

1. Arbeitgeber Arbeitgeberin	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____ _____	Telefon-Nr.	Vertrag-Nr.
2. Versicherte Person	Name und Vorname _____	Geburtsdatum	Telefon-Nr.
	Strasse _____	Nationalität	Aufenthaltsbewilligung
	PLZ Wohnort _____	AHV-Nummer	

3. Wann hat der/die Versicherte vor der Krankheit letztmals gearbeitet?

4. Das Arbeitsverhältnis ist ungekündigt gekündigt aufgelöst per: _____

5.1 Ausgeübte Tätigkeit des Versicherten in Ihrem Betrieb: _____

5.2 Hat die versicherte Person Führungsaufgaben? ja nein

5.3 Die versicherte Person verrichtet ihre Tätigkeit hauptsächlich: stehend sitzend

5.4 Wie ist die Tätigkeit der versicherten Person vorrangig ausgerichtet? administrativ handwerklich

5.5 Die versicherte Person muss regelmässig Gewichte über 5 kg heben/transportieren. ja nein

6. Ursache des Leidens? Krankheit Mutterschaft Unfall

7. Beginn der Behandlung bei Ihnen?

8. a) Diagnose? _____ ICD-10-CODE:

b) Art der Behandlung? _____

c) Wann und in welcher Art hat sich das Leiden gemäss Patient/Patientin erstmals manifestiert? _____

d) Stand der Patient/die Patientin wegen obigen Leidens schon früher in ärztlicher Behandlung?
Wenn ja, wann und bei wem? _____

9. **bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit:**

a) funktionelle Schonung (Dispens) Art und voraussichtliche Dauer?
Art: _____ vom: _____ bis: _____

b) zeitliche Schonung? Grad (Angabe in % der Arbeitszeit) und voraussichtliche Dauer?
Grad: _____ vom: _____ bis: _____

c) behindern andere Ursachen(z.B. Therapie) oder nichtmedizinische Gründe (z.B. Arbeitsweg) die Wiederaufnahme der Arbeit?
 ja nein Grund: _____ Umfang: _____

10.1 Sind spezialärztliche Untersuchungen nötig oder finden Spital-/Kuraufenthalte statt? ja nein
Wenn ja, welche und bei wem? _____

10.2 Schlagen Sie besondere nichtmedizinische Massnahmen vor? ja nein
Wenn ja, welche? _____

11. Gilt dieses Zeugnis als Schlusszeugnis? ja nein
Wenn nein, wann erwarten Sie das nächste Zeugnis? in 4 Wochen in 3 Monaten andere: in _____ Wochen

12. **Bemerkungen**

Ort und Datum _____	Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin _____
Honorar: CHF _____	Heilungskosten sind nicht versichert

