

## Krankenmeldung/Geburtenmeldung

Gesellschaft

Police-Nr.



## Versicherungsnehmer

Name/Firma		PC- oder Bankkonto	
Kontaktperson		Bank/Filiale in	
Strasse		MWST-pflichtig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
PLZ/Ort		MWST-Nr.	(leer lassen)
Tel. G.	Mobil		
Fax	E-Mail		

## Versicherte Person

Name/Vorname		Beschäftigt als (Berufsbezeichnung und Beschreibung der Tätigkeit)	
Geburtsdatum	Zivilstand		
AHV-Nr.			
Strasse			
PLZ/Ort			
Tel. G.	Mobil	Angestellt seit	
Tel. P.	Mobil	Körperliche Belastung bei der Arbeit	
PC- oder Bankkonto		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer	
Bank/Filiale in		<input type="checkbox"/> Heben von Gewichten wieviel kg?	
		Wie oft? <input type="checkbox"/> mal täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> selten	
		<input type="checkbox"/> Arbeit sitzend <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> sitzend/stehend	
		Quellensteuer-pflichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

## Krankheit (Geburtenmeldung siehe Seite 2)

Art der Krankheit		Voraussichtliche Dauer	
Ist Arbeitsunfähigkeit eingetreten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Wurde die Arbeit schon wieder aufgenommen?	
Seit wann? <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> ganz		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
		Wenn ja, wann?	

## Arzt

Behandelnder Arzt		Beginn der ärztlichen Behandlung	
Name/Vorname		(leer lassen)	
Strasse		Hat der Patient schon früher an der gleichen Krankheit gelitten?	
PLZ/Ort		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
		Wann?	
		Wer war damals behandelnder Arzt?	

### Arbeitszeit der versicherten Person

<u>Arbeitszeit Tage je Woche</u>	<u>Arbeitseinsatz</u>
<u>Stunden je Woche</u>	<input type="checkbox"/> unregelmässig
<u>Stunden je Tag</u>	<u>Wenn ja, wie?</u>
<u>Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden</u>	<input type="checkbox"/> Kurzarbeit

### Geburtenmeldung

<u>(Voraussichtlicher) Geburtstermin</u>	
<u>Behandelnder Arzt</u>	

### Lohn der versicherten Person

<u>Fester Lohn gemäss Police in CHF</u>					
<u>Massgebender Lohn</u>	CHF pro	<u>Std.</u>	<u>Tag</u>	<u>Monat</u>	<u>Jahr</u>
<u>Barlohn Grundlohn (AHV-Lohn)</u>					
<u>Teuerungszulage</u>					
<u>Akkord/Provision</u>					
<u>Kinder-/Familienzulagen</u>					
<u>Ferien-/Feiertagsentschädigung</u>	% oder				
<u>Andere Lohnzulagen (Art.)</u>					
<u>Gratifikation/13. Monatslohn</u>	% oder				
<u>Naturallohn Art</u>					
<u>Total</u>					

### Andere Versicherungen

<u>Bestehen noch andere Versicherungen (z. B. Krankenkasse)</u>	<u>Gesellschaft</u>
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<u>Police-Nr.</u>

Er ermächtigt die Gesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG- Versicherers. Er ist ferner damit einverstanden, dass die Gesellschaft die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

<u>Ort und Datum</u>	<u>Unterschrift der versicherten Person</u> (sofern nicht identisch mit Versicherungsnehmer)	<u>Unterschrift des Versicherungsnehmers</u>

# Krankenkarte

## Versicherungsnehmer

Name/Firma \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Police Nr. \_\_\_\_\_

Name und Adresse des Arztes / der Ärztin

Herr / Frau  
Dr. med.

## Versicherte Person

Name/Vorname \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geb.- Datum \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wenn der Versicherte arbeitsunfähig ist und ein Taggeld beansprucht, muss er diese Karte jedesmal dem behandelnden Arzt vorweisen, damit dieser die erfolgte Behandlung und den Grad der Arbeitsunfähigkeit bescheinigen kann.

Die Karte bleibt im Besitz des Versicherten und ist von diesem bei Wiederaufnahme der Arbeit oder bei länger dauernder Arbeitsunfähigkeit monatlich dem Arbeitgeber abzugeben, nachdem sie der Arzt vollständig ausgefüllt hat.

Mit der ausgefüllten Karte wird der Anspruch auf ein Taggeld angemeldet. Sie muss nach der Wiederaufnahme der Arbeit bzw. monatlich vom Versicherungsnehmer ohne Verzug an A+P eingesandt werden.

## Eintragungen des Arztes / der Ärztin

Datum und Zeit des nächsten Besuches	Datum des erfolgten Besuches	Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
		Grad	Gültig ab	

Eine Arbeitsunfähigkeit ist durch den Arzt unter Berücksichtigung der beruflichen Tätigkeit (gemäss ihm zugestellter Beschreibung) einzutragen. Teilzeitarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten, es sei denn, der Arzt schreibe aus medizinischen Gründen etwas anderes vor. (Siehe Kasten unten links)

Datum und Zeit des nächsten Besuches	Datum des erfolgten Besuches	Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
		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 \_\_\_\_\_

Stempel des Arztes / der Ärztin