

# Krankheitsmeldung Kollektiv-Krankenversicherung

<input type="checkbox"/> Krankheit	Schaden-Nr.
<input type="checkbox"/> Mutterschaft	Policen-Nr.
<input type="checkbox"/> Unfall	

<b>Arbeitgeber/in</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl		Telefon / E-Mail			
			Name und Adresse des BVG-Versicherers			
			Versicherte Personengruppe gemäss Vertrag			
<b>Versicherte Person</b>	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl		Geburtsdatum	Zivilstand		
			Staatsangehörigkeit	Aufenthaltsbewilligung		
			AHV-Nr.			
			Telefon / Mobile / E-Mail			
<b>Anstellung</b>	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf			
	Stellung: <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Kader <input type="checkbox"/> Betriebsinhaber/in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Familienmitglied		Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag bis <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt per			
	Arbeitszeit der versicherten Person: Tage je Woche                      Stunden je Woche		Betriebsübliche Arbeitszeit (Stunden je Woche): Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig			
	Körperliche Belastung bei der Arbeit: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> Arbeit sitzend <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> sitzend / stehend		Heben von Gewichten über 10 kg: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wie viel kg?                      kg Wie oft? <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> -mal <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> selten			
<b>Absenz</b>	Wann wurde die Arbeit niedergelegt? <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise zu                      %		Wurde die Arbeit wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann? <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise zu                      %			
	Voraussichtliche Dauer der Absenz?		Bei Mutterschaft, errechneter Geburtstermin:			
	Art der Krankheit / Verletzung		Halten Sie eine Patientenkontrolle für sinnvoll? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte auf separatem Blatt begründen			
<b>Behandelnde/r Ärztin / Arzt / Spital</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl		Telefon			
<b>Lohn</b> (gemäss AHV bzw. Police, sofern anders vereinbart)	<b>Grundlohn brutto</b> vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit bzw. Durchschnitt der letzten 12 Monate bei unregelmässigem Arbeitseinsatz oder bei starken Schwankungen		<b>CHF pro</b>	<b>Stunde</b>	<b>Monat</b>	<b>Jahr</b>
	Kinder- / Familienzulagen					
	Gratifikation / 13. Monatslohn (und weitere)					
	Ferien- / Feiertagsentschädigung					
	Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord, Provision, Schichtzulage) Art:					
Quellensteuerpflichtig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Wenn ja, ZAR-Nr.:				
<b>Zahlungsverbindung</b>	Zahlung an: <input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Versicherte Person					
	Postcheckkonto		Bankkonto			
	Name und Adresse der Bank		Bankclearing-Nr.			
<b>Andere Versicherungsleistungen</b>	Hat die versicherte Person bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei einer Krankenversicherung, einer obligatorischen Unfallversicherung nach UVG, der Invaliden-, Militär- oder Arbeitslosenversicherung, einer beruflichen Vorsorgeeinrichtung, einer Privatversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wo?					
	Hat die Krankheit / die Mutterschaft / der Unfall Leistungen aus weiteren Policen der allSafety AG zur Folge? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Policen-Nr.?					

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber/in

# Krankheitsmeldung Kollektiv-Krankenversicherung

<input type="checkbox"/> Krankheit	Schaden-Nr.
<input type="checkbox"/> Mutterschaft	Policen-Nr.
<input type="checkbox"/> Unfall	

<b>Arbeitgeber/in</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl		Telefon / E-Mail		
			Name und Adresse des BVG-Versicherers		
			Versicherte Personengruppe gemäss Vertrag		
<b>Versicherte Person</b>	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl		Geburtsdatum	Zivilstand	
			Staatsangehörigkeit	Aufenthaltsbewilligung	
			AHV-Nr.		
			Telefon / Mobile / E-Mail		
<b>Anstellung</b>	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf		
	Stellung: <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Kader <input type="checkbox"/> Betriebsinhaber/in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Familienmitglied		Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag bis <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt per		
	Arbeitszeit der versicherten Person: Tage je Woche                      Stunden je Woche		Betriebsübliche Arbeitszeit (Stunden je Woche): Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig		
	Körperliche Belastung bei der Arbeit: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> Arbeit sitzend <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> sitzend / stehend		Heben von Gewichten über 10 kg: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wie viel kg?                      kg Wie oft? <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> -mal <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> selten		
	Wann wurde die Arbeit niedergelegt? <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise zu                      %		Wurde die Arbeit wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann? <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise zu                      %		
<b>Absenz</b>	Voraussichtliche Dauer der Absenz?		Bei Mutterschaft, errechneter Geburtstermin:		
	Art der Krankheit / Verletzung		Halten Sie eine Patientenkontrolle für sinnvoll? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte auf separatem Blatt begründen		
<b>Behandelnde/r Ärztin / Arzt / Spital</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl		Telefon		
<b>Lohn</b> (gemäss AHV bzw. Police, sofern anders vereinbart)	<b>Grundlohn brutto</b> vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit bzw. Durchschnitt der letzten 12 Monate bei unregelmässigem Arbeitseinsatz oder bei starken Schwankungen Kinder- / Familienzulagen Gratifikation / 13. Monatslohn (und weitere) Ferien- / Feiertagsentschädigung Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord, Provision, Schichtzulage) Art:	<b>CHF pro</b>	<b>Stunde</b>	<b>Monat</b>	<b>Jahr</b>
Quellensteuerpflichtig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Wenn ja, ZAR-Nr.:			
<b>Zahlungsverbindung</b>	Zahlung an: <input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Versicherte Person				
	Postcheckkonto		Bankkonto		
	Name und Adresse der Bank		Bankclearing-Nr.		
<b>Andere Versicherungsleistungen</b>	Hat die versicherte Person bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei einer Krankenversicherung, einer obligatorischen Unfallversicherung nach UVG, der Invaliden-, Militär- oder Arbeitslosenversicherung, einer beruflichen Vorsorgeeinrichtung, einer Privatversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wo?				
	Hat die Krankheit / die Mutterschaft / der Unfall Leistungen aus weiteren Policen der allSafety AG zur Folge? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Policen-Nr.?				

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber/in



# Krankenkarte und Vollmacht Kollektiv-Krankentaggeldversicherung

<input type="checkbox"/> Krankheit	Schaden-Nr.
<input type="checkbox"/> Mutterschaft	Policen-Nr.
<input type="checkbox"/> Unfall	

<b>Arbeitgeber/in</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl	Telefon / E-Mail	
		Name und Adresse des BVG-Versicherers	
		Versicherte Personengruppe gemäss Vertrag	
<b>Versicherte Person</b>	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl	Geburtsdatum	Zivilstand
		Staatsangehörigkeit	Aufenthaltsbewilligung
		AHV-Nr.	
	Telefon / Mobile / E-Mail		
<b>Anstellung</b>	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf	

### Vollmacht

Die versicherte Person ermächtigt die allSafety AG, die zur Abwicklung des angemeldeten Schadens notwendigen Daten zu bearbeiten. Sie ermächtigt die behandelnden Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen, der allSafety AG auf Anfrage die zur Abwicklung des vorliegenden Schadens erforderlichen Daten bekannt zu geben, und entbindet diese Personen ausdrücklich von deren Geheimhaltungspflicht. Die allSafety AG wird ausserdem ermächtigt, bei Arbeitsstellen und Dritten, insbesondere bei IV-Stellen, beruflichen Vorsorgeeinrichtungen (Pensionskassen), Krankenkassen, UVG-Versicherern, Arbeitslosenkassen und anderen beteiligten Sozial- und Privatversicherern, sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in deren Akten Einsicht zu nehmen. Der Versicherungsträger, der Akteneinsicht gewährt, ist befugt, der allSafety AG Kopien der zur Abwicklung des angemeldeten Schadens relevanten Akten auch ohne erneutes Gesuch zuzustellen. Die versicherte Person ermächtigt die allSafety AG, Daten an die zuständige IV-Stelle, Pensionskasse oder an andere beteiligte Sozial- oder Privatversicherer sowie an spezialisierte, durch die allSafety AG beauftragte externe Case Manager zu übermitteln, um dadurch die Chance der Wiedereingliederung ins Berufsleben zu erhöhen.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person

### Hinweise für die versicherte Person

Wir bitten Sie, die Schaden-Nr. – die auf jeder Zuschrift der allSafety AG erwähnt ist – auf die Krankenkarte zu übertragen sowie bei Anfragen immer anzugeben. Die Vollmacht ist vor dem ersten Arztbesuch zu unterzeichnen. Diese Krankenkarte bleibt während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit in Ihren Händen. Sie ist der Ärztin / dem Arzt bei jedem Besuch zur Eintragung der Arbeitsunfähigkeit vorzulegen. Diese Krankenkarte gilt nicht als Anerkennung einer Leistungspflicht. Bei länger dauernder Arbeitsunfähigkeit ist jeweils am Ende jedes Monats eine Kopie der Krankenkarte via Arbeitgeber/in der allSafety AG einzureichen. Bei Wiederaufnahme der Arbeit ist die Original-Krankenkarte unverzüglich via Arbeitgeber/in der allSafety AG einzusenden. Teilzeitarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten, es sei denn, die Ärztin / der Arzt schreibe aus medizinischen Gründen etwas anderes vor.

### Eintragungen der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Datum		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift der Ärztin / des Arztes	Datum		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift der Ärztin / des Arztes
des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	Grad in %	gültig ab		des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	Grad in %	gültig ab	

Krankheit     Mutterschaft     Unfall     Berufskrankheit

Die versicherte Person war in Spitalbehandlung vom \_\_\_\_\_ bis inkl. \_\_\_\_\_

Die ärztliche Behandlung endigte am \_\_\_\_\_

### Eventuelle Bemerkungen zur Teilarbeitsfähigkeit

1.)	% d. h.	Std. / Tag zu	%
2.)	% d. h.	Std. / Tag zu	%
3.)	% d. h.	Std. / Tag zu	%

### Stempel der Ärztin / des Arztes

**Hinweis für den/die Arbeitgeber/in: Bitte vor Weiterleitung an die allSafety AG beantworten**

Hat die versicherte Person die Arbeit aufgenommen?     nein     ja    Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ .

Das Arbeitsverhältnis mit der versicherten Person wurde per \_\_\_\_\_ aufgelöst.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber/in

Geht an: **allSafety AG** → **Versicherungsgesellschaft**