ARISCO
RISK CONSULTANTS

SCHADENANZEIGE 1/3
Krankentaggeld-Versicherung

1. VERSICHERUNGSNEHMER

Name		Gesellschaft	
Adresse		Policen-Nr.	
Telefon		Schaden-Nr.	
Ansprechpartner		PC oder Bankverbindung	
E-Mail		MwSt.-pflichtig	○ Ja ○ Nein

2. VERSICHERTE PERSON

Personal-Nummer		AHV-Nr.	
Name/Vorname		Geschlecht	○ M ○ W
PLZ/Ort		Adresse	
Geburtsdatum		Telefon/Mobile	
Heimatort/Nationalität		Muttersprache	

Quellensteuerpflichtig ○ Ja ○ Nein

Wenn ja, Zentr. Ausländerreg.-Nr. (ZAR)

3. TÄTIGKEIT IM BETRIEB

Arbeitsverhältnis seit ○ Unbefristet ○ Befristet ○ Gekündigt per

Ausgeübter Beruf Erlernter Beruf

Kurzbeschreibung der aktuellen beruflichen Tätigkeit

Stellung ○ Höheres Kader ○ Mittleres Kader ○ Angestellte/r / Arbeiter/in ○ Lernende/r

○ Aushilfe als

Arbeitsort im Ausland ○ Ja ○ Nein

Prozentuale Aufteilung % stehend % wechselnd % sitzend

Körperliche Belastung ○ Schwer ○ Mittel ○ Leicht

Belastet die Tätigkeit ○ Rücken ○ Schultern ○ Keine Belastung von Rücken und/oder Schulter

Müssen regelmässig Gewichte über 10 kg gehoben werden? ○ Nein ○ Ja – Ca. mal pro Tag

4. KRANKHEITSDATEN

Beginn der Arbeitsunfähigkeit Voraussichtliche Dauer

Ursache ○ Krankheit ○ Mutterschaft ○ Unfall Berufskrankheit

Hat der Patient schon früher an der gleichen Krankheit gelitten? ○ Nein ○ Ja – Wann?

Art des Leidens

Arztadressen

Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik

Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik

Krankheitsbedingte Absenzen während der letzten 12 Monate

Bis 1 Woche mal Bis 2 Wochen mal Länger als 2 Wochen mal

Bemerkungen

Sind Ferien im Ausland geplant? ○ Nein ○ Ja – Von - bis

ARISCO
RISK CONSULTANTS

SCHADENANZEIGE 2/3
Krankentaggeld-Versicherung

5. LOHNDATEN

Die versicherte Person hat die Arbeit verlassen	am		um		
Die versicherte Person hat die Arbeit wiederaufgenommen	Teilweise zu	%	am	um	Uhr
Arbeitszeit des/der Verletzten je Woche	Stunden je Woche			☐ Unregelmässig	
	Tage je Woche			☐ Unregelmässig	
				☐ Kurzarbeit	

Betriebsübliche Vollarbeitszeit Stunden je Woche

Lohn CHF	**pro Stunde**	**pro Monat**	**pro Jahr**
Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulagen (brutto)			
Kinder-/Familienzulagen			
Ferien-/Feiertagsentschädigung in % oder CHF			
Gratifikation / 13. Monatslohn (und weitere) in % oder CHF			
Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord/Provision/			
Naturallohn/Schichtzulage) – Was?			

Das Taggeld ist auszuzahlen an	○ Betrieb	○ Versicherte Person
	○ PC-Konto	
	○ Bank-Konto	
	Bankadresse	

Andere Versicherungsleistungen

Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei Krankenversicherung, SUVA oder einer anderen obligatorischen Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinerlassenenversicherung, beruflicher Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?

○ Nein ○ Ja – Bei welcher Versicherung?

Bei welcher Gesellschaft/Krankenkasse sind für die versicherte Person Heilungskosten versichert?

6. BEMERKUNGEN

Die unterzeichnende Person ermächtigt die Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten und ist damit einverstanden, dass die Versicherungsgesellschaft die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte oder involvierte Versicherungsgesellschaften (Mit- oder Rückversicherer) im In- und Ausland weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt. Der/die Unterzeichnende darf ohne Einwilligung der Gesellschaft keine Schadenersatzansprüche anerkennen.

Ort und Datum Unterschrift des Versicherungsnehmers

Bitte senden Sie das Formular entweder per Mail an versicherungen@arisco.ch oder per Post an die Geschäftsstelle Ihres Mandatsleiters. Die Adresse finden Sie auf www.arisco.ch/kontakt. Vielen Dank.

DRUCKEN ZURÜCKSETZEN SENDEN

ARISCO
RISK CONSULTANTS

SCHADENANZEIGE 3/3
Krankentaggeld-Versicherung – Krankenkarte

KONTROLLKARTE FÜR ARBEITSUNFÄHIGKEIT

7. VERSICHERUNGSNEHMER

Name		Gesellschaft	
Adresse		Policen-Nr.	
Telefon		Schaden-Nr.	
Ansprechpartner		PC oder Bankverbindung	
E-Mail		MwSt.-pflichtig	○ Ja ○ Nein

8. VERSICHERTE PERSON

Personal-Nummer		AHV-Nr.	
Name/Vorname		Geschlecht	○ M ○ W
PLZ/Ort		Adresse	
Geburtsdatum		Telefon/Mobile	
Heimatort/Nationalität		Muttersprache	
Quellensteuerpflichtig	○ Ja ○ Nein		
Wenn ja, Zentr. Ausländerreg.-Nr. ZAR			

Hinweis für die versicherte Person
Die Kontrollkarte bleibt bei der versicherten Person und ist der Ärztin / dem Arzt zur Eintragung der Arbeitsunfähigkeit vorzulegen. Die Kontrollkarte ist der Ärztin / dem Arzt bei jeder Konsultation zur Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit vorzulegen. Für die Leistungsabrechnung ist die Kontrollkarte dem Versicherer monatlich einzureichen. Nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit ist die Original-Kontrollkarte dem Versicherer einzusenden.

Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie den Versicherer, alle notwendigen Auskünfte von Ärztinnen/Ärzten zu verlangen, die Sie behandeln oder früher behandelt haben, sowie in die Akten der obligatorischen Unfallversicherung (UVG), der IV und anderer Versicherungen oder Krankenkassen Einsicht zu nehmen. Der Versicherer wird ihre Leistungen nur unter Vorbehalt einer Verrechnung mit allfälligen Leistungen der Invalidenversicherung ausrichten (direktes Rückforderungsrecht).

Ort und Datum _____ Unterschrift der versicherten Person

9. EINTRAGUNGEN DES ARZTES

Datum und Zeit des nächsten Besuches	Datum des erfolgten Besuches	Arbeitsunfähigkeit Grad	Arbeitsunfähigkeit Gültig ab	Unterschrift des Arztes
* Evtl. Bemerkungen zur Teilarbeitsfähigkeit				
1) % d.h. Std./Tag zu %				
2) % d.h. Std./Tag zu %				
3) % d.h. Std./Tag zu %				

Datum und Zeit des nächsten Besuches	Datum des erfolgten Besuches	Arbeitsunfähigkeit Grad	Arbeitsunfähigkeit Gültig ab	Unterschrift des Arztes
Die ärztliche Behandlung endete am				
Stempel des Arztes				

Geht an Versicherte Person → Arbeitgeber → Versicherer