

# Krankheitsmeldung

## Kollektiv-Krankenversicherung

<input type="checkbox"/> Krankheit	Schaden-Nr.
<input type="checkbox"/> Mutterschaft	
<input type="checkbox"/> Unfall	
<input type="checkbox"/> Todesfall am _____	
Police-Nr.	

<b>Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl	Name und Adresse des BVG-Versicherers		
	Telefon	Versicherte Personengruppe gemäss Vertrag		
<b>Versicherte Person</b>	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl	Geburtsdatum	Zivilstand	
	Korrespondenzsprache <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> i	Staatsangehörigkeit	Aufenthaltsbewilligung	
	Telefon / Mobile	AHV-Nr.		
		Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		
<b>Anstellung</b>	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf		
	Stellung: <input type="checkbox"/> Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lernende/r <input type="checkbox"/> Betriebsinhaber/in <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"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit		
	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	<b>CHF pro</b>	<b>Stunde</b>	<b>Monat</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 Bankname / Bankkonto und Bankclearing-Nr. oder IBAN-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 Allianz Suisse zur Folge? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Police-Nr.?			

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber

Geht an: Allianz Suisse

# Krankheitsmeldung

## Kollektiv-Krankenversicherung

<input type="checkbox"/> Krankheit	Schaden-Nr.
<input type="checkbox"/> Mutterschaft	
<input type="checkbox"/> Unfall	
<input type="checkbox"/> Todesfall am	
Police-Nr.	

<b>Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl	Name und Adresse des BVG-Versicherers			
	Telefon	Versicherte Personengruppe gemäss Vertrag			
<b>Versicherte Person</b>	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl	Geburtsdatum	Zivilstand		
	Korrespondenzsprache <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> i	Staatsangehörigkeit	Aufenthaltsbewilligung		
	Telefon / Mobile	AHV-Nr.			
		Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich			
<b>Anstellung</b>	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf			
	Stellung: <input type="checkbox"/> Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lernende/r <input type="checkbox"/> Betriebsinhaber/in <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"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit			
	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 Arbeits- unfähigkeit bzw. Durchschnitt der letzten 12 Monate bei unregelmässigem Arbeits- einsatz 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>Zahlungs- verbindung</b>	Zahlung an: <input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Versicherte Person				
	Postcheckkonto Bankname / Bankkonto und Bankclearing-Nr. oder IBAN-Nr.				
<b>Andere Ver- sicherungs- leistungen</b>	Hat die versicherte Person bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei einer Kranken- versicherung, 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 Allianz Suisse zur Folge? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Police-Nr.?				

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber

# Erstes Arztzeugnis Kollektiv-Krankentaggeldversicherung

<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Mutterschaft <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Todesfall am		Schaden-Nr.	
		Police-Nr.	
<b>Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl	Name und Adresse des BVG-Versicherers	
	Telefon	Versicherte Personengruppe gemäss Vertrag	
<b>Versicherte Person</b>	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl	Geburtsdatum	Zivilstand
		Staatsangehörigkeit	Aufenthaltsbewilligung
		AHV-Nr.	
	Korrespondenzsprache <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> i	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
	Telefon / Mobile	E-Mail	
<b>Anstellung</b>	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lernende/r <input type="checkbox"/> Betriebsinhaber/in <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"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit	
	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                      -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 _____ %	

## Durch die Ärztin / den Arzt auszufüllen, wenn die Arbeitsunfähigkeit noch andauert

1.	Diagnose(n) mit Einfluss auf die Arbeitsunfähigkeit:		
2.	Ursache: <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Mutterschaft, errechneter Geburtstermin:		
3.	Datum Behandlungsbeginn:	Datum:	<input type="checkbox"/> Behandlungsabschluss <input type="checkbox"/> des nächsten Besuches
4.	Wann und in welcher Art hat sich das Leiden gemäss versicherter Person erstmals manifestiert?		
5.	War die versicherte Person bereits früher wegen desselben Leidens in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ bei welcher/m Ärztin/Arzt?		<input type="checkbox"/> nein
6.	War die versicherte Person bereits früher wegen desselben Leidens arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____		<input type="checkbox"/> nein
7.	Therapie: Was haben Sie bisher veranlasst?		
8.	Sind spezialärztliche Untersuchungen erfolgt oder geplant? <input type="checkbox"/> ja, bei welcher/m Ärztin/Arzt? _____ wann?		<input type="checkbox"/> nein
9.	Ist eine Hospitalisation wegen dieses Leidens erfolgt oder geplant? <input type="checkbox"/> ja, wann? _____ wo? Vorgesehene oder durchgeführte Operationen?		<input type="checkbox"/> nein
10.	Arbeitsunfähig seit:	bis inkl. bis inkl.	Grad Arbeitsunfähigkeit in % Grad Arbeitsunfähigkeit in %
11.	Prognose für Arbeitsaufnahme geplant ab _____ zu _____ %		
12.	Welche Versicherung kommt für die Behandlungskosten auf? <input type="checkbox"/> KVG-Versicherer <input type="checkbox"/> UVG-Versicherer <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung <input type="checkbox"/> Andere		
13.	Bemerkungen		
<b>Honorar: CHF</b>		<b>(bitte Einzahlungsscheine beilegen)</b>	

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

# Krankenkarte und Ermächtigung Kollektiv-Krankentaggeldversicherung

<input type="checkbox"/> Krankheit	Schaden-Nr.
<input type="checkbox"/> Mutterschaft	
<input type="checkbox"/> Unfall	
<input type="checkbox"/> Todesfall am	
Police-Nr.	

<b>Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl	Name und Adresse des BVG-Versicherers	
	Telefon	Versicherte Personengruppe gemäss Vertrag	
<b>Versicherte Person</b>	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl	Geburtsdatum	Zivilstand
	Korrespondenzsprache <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> i	Staatsangehörigkeit	Aufenthaltsbewilligung
	Telefon / Mobile	AHV-Nr.	
		Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
		E-Mail	
<b>Anstellung</b>	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf	

### Ermächtigung

Der/die Unterzeichnete ermächtigt Allianz Suisse, die zur Abwicklung des angemeldeten Schadens notwendigen Daten zu bearbeiten. Der/die Unterzeichnete ermächtigt die Medizinalpersonen, und deren Hilfspersonen, Allianz Suisse auf Anfrage die zur Abwicklung des vorliegenden Schadens erforderlichen Daten bekannt zu geben und entbindet diese Personen ausdrücklich von deren Geheimhaltungspflicht. Allianz Suisse wird ausserdem ermächtigt, beim Arbeitgeber bei Amtsstellen und Dritten, insbesondere bei IV-Stellen, beruflichen Vorsorgeeinrichtungen (Pensionskassen), Krankenkassen, UVG-Versicherern, Arbeitslosenstellen und anderen beteiligten Sozial- und Privatversicherern sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in deren Akten Einsicht zu nehmen. Der Versicherungsträger, der Akteneinsicht gewährt, ist befugt, Allianz Suisse Kopien der zur Abwicklung des angemeldeten Schadens relevanten Akten auch ohne erneutes Gesuch zuzustellen. Der/die Unterzeichnete ermächtigt Allianz Suisse, Daten an die zuständige IV-Stelle, Pensionskasse oder an andere beteiligte Sozial- oder Privatversicherer zu übermitteln.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person

### Hinweise für die versicherte Person

Wir bitten Sie, die Schaden-Nr. – die auf jeder Zuschrift der Allianz Suisse erwähnt ist – auf die Krankenkarte zu übertragen sowie bei Anfragen immer anzugeben. **Die Ermächtigung 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 der Allianz Suisse einzureichen. Bei Wiederaufnahme der Arbeit ist die Original-Krankenkarte unverzüglich via Arbeitgeber der Allianz Suisse 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 endet 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 Arbeitgeber: Bitte vor Weiterleitung an die Allianz Suisse 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

Geht an: Versicherte Person → Arbeitgeber → Allianz Suisse