

# Krankenkarte Kollektiv-Krankentaggeldversicherung

Schaden-Nr.
Police-Nr.

<b>Arbeitgeber</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl	
<b>Versicherte Person</b>	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl	
	Geburtsdatum	Ausgeübter Beruf

**Hinweise für die versicherte Person**

Wir bitten Sie, die Schaden-Nr. – die auf jeder Zuschrift der Branchen Versicherung Schweiz erwähnt ist – auf die Krankenkarte zu übertragen sowie bei Anfragen immer anzugeben. 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 Branchen Versicherung Schweiz einzureichen. Bei Wiederaufnahme der Arbeit ist die Original-Krankenkarte unverzüglich via Arbeitgeber der Branchen Versicherung Schweiz 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
des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	Grad in %	gültig ab	

Datum		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift der Ärztin / des Arztes
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 endete 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 Branchen Versicherung Schweiz 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