



Krankheitsmeldung

Kollektiv-Krankenversicherung

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

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Name und Adresse des BVG-Versicherers		
	Telefon	Versicherte Personengruppe gemäss Vertrag		
Versicherte Person	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		
Anstellung	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		
Absenz	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.		
Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Spital	Name und Adresse mit Postleitzahl	Telefon		
Lohn (gemäss AHV bzw. Police, sofern anders vereinbart)	Grundlohn brutto vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit bzw. Durchschnitt der letzten 12 Monate bei unregelmässigem Arbeitseinsatz oder bei starken Schwankungen	CHF pro	Stunde	Monat
	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.:			
Zahlungsverbindung	Zahlung an: <input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Versicherte Person			
	Postcheckkonto			
	Bankname			
	Bankkonto und Bankclearing-Nr. oder IBAN-Nr.			
Andere Versicherungsleistungen	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?			

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber

Geht an: **Branchen Versicherung Schweiz**



Krankheitsmeldung

Kollektiv-Krankenversicherung

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

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Name und Adresse des BVG-Versicherers		
	Telefon	Versicherte Personengruppe gemäss Vertrag		
Versicherte Person	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		
Anstellung	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		
Absenz	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.		
Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Spital	Name und Adresse mit Postleitzahl	Telefon		
Lohn (gemäss AHV bzw. Police, sofern anders vereinbart)	Grundlohn brutto 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:	CHF pro	Stunde	Monat
	Quellensteuerpflichtig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, ZAR-Nr.:		
Zahlungsverbindung	Zahlung an: <input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Versicherte Person Postcheckkonto Bankname Bankkonto und Bankclearing-Nr. oder IBAN-Nr.			
Andere Versicherungsleistungen	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?			

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber

Kopie für den 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.
Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Name und Adresse des BVG-Versicherers	
	Telefon	Versicherte Personengruppe gemäss Vertrag	
Versicherte Person	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	
Anstellung	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	
Absenz	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		
Honorar: CHF		(bitte Einzahlungsschein beilegen)	

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Geht an: Versicherte Person → Behandelnde/n Ärztin/Arzt → Branchen Versicherung Schweiz

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.	

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Name und Adresse des BVG-Versicherers	
	Telefon	Versicherte Personengruppe gemäss Vertrag	
Versicherte Person	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	
Anstellung	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf	

Ermächtigung

Der/die Unterzeichnete ermächtigt die Branchen Versicherung Schweiz, die zur Abwicklung des angemeldeten Schadens notwendigen Daten zu bearbeiten. Der/die Unterzeichnete ermächtigt die Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen, der Branchen Versicherung Schweiz auf Anfrage die zur Abwicklung des vorliegenden Schadens erforderlichen Daten bekannt zu geben und entbindet diese Personen ausdrücklich von deren Geheimhaltungspflicht. Die Branchen Versicherung Schweiz wird ausserdem ermächtigt, beim Arbeitgeber, bei Arbeitsstellen 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 Versicherungs-träger, der Akteneinsicht gewährt, ist befugt, der Branchen Versicherung Schweiz Kopien der zur Abwicklung des angemeldeten Schadens relevanten Akten auch ohne erneutes Gesuch zuzustellen. Der/die Unterzeichnete ermächtigt die Branchen Versicherung Schweiz, 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 Branchen Versicherung Schweiz 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 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	

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 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

Geht an: Versicherte Person → Arbeitgeber → Branchen Versicherung Schweiz