

Krankheitsanzeige für die Kollektiv-Krankenversicherung

Arbeitgeber	Schaden-Nr. <small>Bitte leer lassen</small>
Name:	Police-Nr.:
Strasse:	Versicherten-Gruppe: <small>Soweit bekannt</small>
PLZ / Ort:	Telefon-Nr.:

Versicherte Person	Adresse
Name, Vorname:	Beruf:
Geburtsdatum:	Zivilstand:
AHV-Nr.:	Nationalität:
Strasse:	PLZ / Ort:
Eintrittsdatum in die Firma:	Die Arbeit krankheitshalber verlassen am:
Um welche Krankheit handelt es sich?	Halten Sie eine Patientenkontrolle für sinnvoll?
Wurde das Arbeitsverhältnis gekündigt?	Wenn ja, per wann?
Name und Adresse des behandelnden Arztes: Vorname, Name: Strasse: PLZ / Ort:	

Lohn	Fr. pro	Stunde	Tag	Monat	Jahr
Grundlohn (brutto)					
Kindergeld					
Gratifikation / 13. Monatslohn					
Ferien- / Feiertagsentschädigung					
Andere Lohnzulagen (Art)					
Quellensteuerpflichtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Arbeitszeit: Tage pro Woche	Stunden pro Woche	Betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit			

Andere Versicherungsleistungen

Hat die versicherte Person bereits Anspruch auf Taggeld oder Renten bei: Krankenkasse, SUVA oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?
 nein ja Wenn ja, wo?

Hat die Erkrankung / der Unfall Leistungen aus weiteren Policen der Allianz Suisse zur Folge?
 nein ja Wenn ja, Police-Nr.?

Überweisung Taggeld an	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Versicherte Person
PC-Konto:	Bankname:
PLZ / Ort:	Konto-Nr.:

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers:

Krankheitsanzeige für die Kollektiv-Krankenversicherung

Arbeitgeber	Schaden-Nr. <small>Bitte leer lassen</small>
Name:	Police-Nr.:
Strasse:	Versicherten-Gruppe: <small>Soweit bekannt</small>
PLZ / Ort:	Telefon-Nr.:

Versicherte Person	Adresse
Name, Vorname:	Beruf:
Geburtsdatum:	Zivilstand:
AHV-Nr.:	Nationalität:
Strasse:	PLZ / Ort:
Eintrittsdatum in die Firma:	Die Arbeit krankheitshalber verlassen am:
Um welche Krankheit handelt es sich?	Halten Sie eine Patientenkontrolle für sinnvoll?
Wurde das Arbeitsverhältnis gekündigt?	Wenn ja, per wann?
Name und Adresse des behandelnden Arztes: Vorname, Name: Strasse: PLZ / Ort:	

Lohn	Fr. pro	Stunde	Tag	Monat	Jahr
Grundlohn (brutto)					
Kindergeld					
Gratifikation / 13. Monatslohn					
Ferien- / Feiertagsentschädigung					
Andere Lohnzulagen (Art)					
Quellensteuerpflichtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Arbeitszeit: Tage pro Woche	Stunden pro Woche	Betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit			

Andere Versicherungsleistungen

Hat die versicherte Person bereits Anspruch auf Taggeld oder Renten bei: Krankenkasse, SUVA oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?
 nein ja Wenn ja, wo?

Hat die Erkrankung / der Unfall Leistungen aus weiteren Policen der Allianz Suisse zur Folge?
 nein ja Wenn ja, Police-Nr.?

Überweisung Taggeld an Arbeitgeber Versicherte Person

PC-Konto:	Bankname:
PLZ / Ort:	Konto-Nr.:

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers:

Erstes Arztzeugnis (Bitte umgehend ausgefüllt an neben stehende Adresse senden)

Arbeitgeber	Schaden-Nr. <small>Bitte leer lassen</small>
Name:	Police-Nr.:
Strasse:	Versicherten-Gruppe: <small>Soweit bekannt</small>
PLZ / Ort:	Telefon-Nr.:

Versicherte Person	Adresse
Name, Vorname:	Beruf:
Geburtsdatum:	Zivilstand:
AHV-Nr.:	Nationalität:
Strasse:	PLZ / Ort:

1. Beginn der Behandlung am _____
2. a) Diagnose _____

- b) Wann und in welcher Art hat sich das Leiden erstmals manifestiert (evtl. Rückfall)? _____

- c) Stand der Patient wegen 2 a) schon früher in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wann? _____
- d) Haben frühere Krankheiten, Verletzungen oder Gebrechen auf das Leiden einen Einfluss? Wenn ja, inwiefern? _____
3. Liegt ein Unfall vor? _____
4. Arbeitsunfähigkeit: gänzliche vom _____ bis inkl. _____
 (unter Berücksichtigung teilweise _____ % vom _____ bis inkl. _____
 des Berufes)
5. Spitalaufenthalt? Wo? _____
 Dauer? vom _____ bis inkl. _____
 Vorgesehene oder durchgeführte Operationen? _____
6. Handelt es sich um ein Leiden, für welches die EMV, ein UVG-Versicherer oder die IV aufzukommen hat? Wenn ja, wer? _____
7. Bemerkungen: _____

Heilungskosten sind nicht versichert.

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes:

Krankenkarte

Arbeitgeber	Schaden-Nr. <small>Bitte leer lassen</small>
Name:	Police-Nr.:
Strasse:	Versicherten-Gruppe: <small>Soweit bekannt</small>
PLZ / Ort:	Telefon-Nr.:

Versicherte Person	Adresse
Name, Vorname:	Beruf:
Geburtsdatum:	Zivilstand:
AHV-Nr.:	Nationalität:
Strasse:	PLZ / Ort:

Hinweis für den Erkrankten

Wir bitten Sie, die **Schadennummer** – die auf jeder Zuschrift der Versicherung erwähnt ist – auf die Krankenkarte zu übertragen sowie bei Anfragen immer anzugeben.

Diese Krankenkarte bleibt während der Dauer der Genesung in Ihren Händen. Sie ist dem Arzt bei jedem Besuch vorzulegen und nach Abschluss der Behandlung dem Arbeitgeber abzugeben. Bei länger dauernder Arbeitsunfähigkeit sollten Sie uns die Karte monatlich oder auf unser Verlangen einreichen, damit wir die Taggeldzahlung vornehmen können.

Diese Karte gilt nicht als Anerkennung einer Leistungspflicht.

Arztwechsel. Bei einem allfälligen Arztwechsel wollen Sie sich unverzüglich mit der Versicherung in Verbindung setzen.

Eine **Arbeitsunfähigkeit** wird durch den Arzt auf der Krankenkarte eingetragen. Teilarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten, es sei denn, der Arzt schreibe aus medizinischen Gründen etwas anderes vor.

Anspruch auf Taggeld aus der Kollektiv-Krankenversicherung besteht, wenn der Versicherte ganz oder teilweise ausserstande ist, seinen Beruf oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben.

Bitte an den Arzt: Bei jeder Konsultation auszufüllen.

Konsultation	Arbeitsunfähigkeit	
	%	seit
Datum		

Vom Arzt bei der Arbeitsaufnahme oder für Zwischenabrechnungen nach 30 Tagen auszufüllen.

Die versicherte Person war infolge **Krankheit / Unfall** (Nichtzutreffendes streichen):

arbeitsunfähig
 100 % vom _____ bis inkl. _____
 _____ % vom _____ bis inkl. _____
 in Behandlung vom _____ bis inkl. _____
 im Spital vom _____ bis inkl. _____
 Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arztes: _____

Bitte an Arbeitgeber vor Weiterleitung an die Allianz Suisse

Hat die versicherte Person die Arbeit aufgenommen? Ja Nein Wenn ja, wann? _____
Wenn nein, ist dem Arbeitnehmer eine neue Krankenkarte auszuhändigen.

Ort und Datum: _____ Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers: _____