

Krankheitsmeldung Kollektiv-Krankenversicherung

<input type="checkbox"/> Krankheit	Schaden-Nr.
<input type="checkbox"/> Mutterschaft	Policen-Nr.
<input type="checkbox"/> Unfall	

Arbeitgeber/in	Name und Adresse mit Postleitzahl	Telefon / E-Mail			
		Name und Adresse des BVG-Versicherers			
		Versicherte Personengruppe gemäss Vertrag			
Versicherte Person	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl	Geburtsdatum	Zivilstand		
		Staatsangehörigkeit	Aufenthaltsbewilligung		
		AHV-Nr.			
	Telefon / Mobile / E-Mail				
Anstellung	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf			
	Stellung: <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Kader <input type="checkbox"/> Betriebsinhaber/in <input type="checkbox"/> Lehrling <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"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig			
	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 %			
	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	Jahr
	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	Bankkonto			
	Name und Adresse der Bank	Bankclearing-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?				
	Hat die Krankheit / die Mutterschaft / der Unfall Leistungen aus weiteren Policen der QualiRisk AG zur Folge? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Policen-Nr.?				

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber/in

Krankheitsmeldung Kollektiv-Krankenversicherung

<input type="checkbox"/> Krankheit	Schaden-Nr.
<input type="checkbox"/> Mutterschaft	Policen-Nr.
<input type="checkbox"/> Unfall	

Arbeitgeber/in	Name und Adresse mit Postleitzahl		Telefon / E-Mail		
			Name und Adresse des BVG-Versicherers		
			Versicherte Personengruppe gemäss Vertrag		
Versicherte Person	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl		Geburtsdatum	Zivilstand	
			Staatsangehörigkeit	Aufenthaltsbewilligung	
			AHV-Nr.		
			Telefon / Mobile / E-Mail		
Anstellung	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf		
	Stellung: <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Kader <input type="checkbox"/> Betriebsinhaber/in <input type="checkbox"/> Lehrling <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"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig		
	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		
	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 %		
Absenz	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	Jahr
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		Bankkonto		
	Name und Adresse der Bank		Bankclearing-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?				
	Hat die Krankheit / die Mutterschaft / der Unfall Leistungen aus weiteren Policen der QualiRisk AG zur Folge? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Policen-Nr.?				

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber/in

Erstes Arzteugnis Kollektiv-Krankentaggeldversicherung

<input type="checkbox"/> Krankheit	Schaden-Nr.
<input type="checkbox"/> Mutterschaft	Policen-Nr.
<input type="checkbox"/> Unfall	

Arbeitgeber/in	Name und Adresse mit Postleitzahl	Telefon / E-Mail	
		Name und Adresse des BVG-Versicherers	
		Versicherte Personengruppe gemäss Vertrag	
Versicherte Person	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl	Geburtsdatum	Zivilstand
		Staatsangehörigkeit	Aufenthaltsbewilligung
		AHV-Nr.	
	Telefon / Mobile / E-Mail		
Anstellung	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Kader <input type="checkbox"/> Betriebsinhaber/in <input type="checkbox"/> Lehrling <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"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig	
	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.	Sind spezialärztliche Untersuchungen erfolgt oder geplant? <input type="checkbox"/> ja, bei welcher/m Ärztin/Arzt? _____ wann?		<input type="checkbox"/> nein
8.	Ist eine Hospitalisation wegen dieses Leidens erfolgt oder geplant? <input type="checkbox"/> ja, wann? _____ wo? Vorgesehene oder durchgeführte Operationen?		<input type="checkbox"/> nein
9.	Arbeitsunfähig seit: _____ bis inkl. _____	Grad Arbeitsunfähigkeit in % _____	Grad Arbeitsunfähigkeit in % _____
10.	Prognose für Arbeitsaufnahme geplant ab _____ zu _____ %		
11.	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		
12.	Haben Sie für diese Arbeitsunfähigkeit bereits für andere Versicherungen Zeugnisse ausgefüllt? <input type="checkbox"/> ja, für welche?		<input type="checkbox"/> nein
13.	Bemerkungen:		
Honorar: CHF		(bitte Einzahlungsschein beilegen)	

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Krankenkarte und Vollmacht Kollektiv-Krankentaggeldversicherung

<input type="checkbox"/> Krankheit	Schaden-Nr.
<input type="checkbox"/> Mutterschaft	Policen-Nr.
<input type="checkbox"/> Unfall	

Arbeitgeber/in	Name und Adresse mit Postleitzahl	Telefon / E-Mail	
		Name und Adresse des BVG-Versicherers	
		Versicherte Personengruppe gemäss Vertrag	
Versicherte Person	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl	Geburtsdatum	Zivilstand
		Staatsangehörigkeit	Aufenthaltsbewilligung
		AHV-Nr.	
	Telefon / Mobile / E-Mail		
Anstellung	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf	

Vollmacht

Die versicherte Person ermächtigt die QualiRisk AG, die zur Abwicklung des angemeldeten Schadens notwendigen Daten zu bearbeiten. Sie ermächtigt die behandelnden Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen, der QualiRisk AG auf Anfrage die zur Abwicklung des vorliegenden Schadens erforderlichen Daten bekannt zu geben, und entbindet diese Personen ausdrücklich von deren Geheimhaltungspflicht. Die QualiRisk AG wird ausserdem ermächtigt, bei Arbeitsstellen und Dritten, insbesondere bei IV-Stellen, beruflichen Vorsorgeeinrichtungen (Pensionskassen), Krankenkassen, UVG-Versicherern, Arbeitslosenkassen und anderen beteiligten Sozial- und Privatversicherern, sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in deren Akten Einsicht zu nehmen. Der Versicherungsträger, der Akteneinsicht gewährt, ist befugt, der QualiRisk AG Kopien der zur Abwicklung des angemeldeten Schadens relevanten Akten auch ohne erneutes Gesuch zuzustellen. Die versicherte Person ermächtigt die QualiRisk AG, Daten an die zuständige IV-Stelle, Pensionskasse oder an andere beteiligte Sozial- oder Privatversicherer sowie an spezialisierte, durch die QualiRisk AG beauftragte externe Case Manager zu übermitteln, um dadurch die Chance der Wiedereingliederung ins Berufsleben zu erhöhen.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person

Hinweise für die versicherte Person

Wir bitten Sie, die Schaden-Nr. – die auf jeder Zuschrift der QualiRisk AG erwähnt ist – auf die Krankenkarte zu übertragen sowie bei Anfragen immer anzugeben. Die Vollmacht 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/in der QualiRisk AG einzureichen. Bei Wiederaufnahme der Arbeit ist die Original-Krankenkarte unverzüglich via Arbeitgeber/in der QualiRisk AG 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	
					<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Mutterschaft <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Berufskrankheit				
					Die versicherte Person war in Spitalbehandlung				
					vom _____ bis inkl. _____				
					Die ärztliche Behandlung endigte 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/die Arbeitgeber/in: Bitte vor Weiterleitung an die QualiRisk AG 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/in

Geht an: QualiRisk AG → Versicherungsgesellschaft