

Arbeitsunfähigkeitserklärung des Versicherten bei Krankheit

Schaden-Nr.:

1. Name und Vorname:	Geburtsdatum:	AHV Nr. (13-stellig):
Strasse:	Nationalität: Aufenthaltsbewilligung:	Der Quellensteuer unterstellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
PLZ, Ort:	Tel. Nr.:	Email:
2. Arbeitsverhältnisse	Übliche berufliche Tätigkeit: <input type="checkbox"/> angestellt (1) <input type="checkbox"/> selbständig (2) <input type="checkbox"/> arbeitslos (3) <input type="checkbox"/> ohne Erwerbstätigkeit Unter Berücksichtigung der oben angekreuzten Kategorie(n), bitte eine Kopie beilegen: (1) Ihrer letzten Lohnabrechnung (2) Ihrer letzten Gewinn- und Verlustrechnung, AHV-Abrechnung oder Steuererklärung (3) der letzten Abrechnung der Arbeitslosenkasse.	
3. Daten der Unfähigkeit	Arbeitsunfähigkeit vom _____ bis _____ zu _____ % vom _____ bis _____ zu _____ % vom _____ bis _____ zu _____ % Vollständige Wiederaufnahme am: _____ Falls keine Wiederaufnahme, voraussichtliche Dauer: _____	
4. Grund der Unfähigkeit	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Mutterschaft, vorgesehener Termin: _____ Art der Krankheit / Verletzung: _____ Handelt es sich um einen Rückfall einer früheren Unfähigkeitsperiode? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von welcher: _____	
5. Einschränkungen	Detaillierte Beschreibung der beruflichen Tätigkeiten, welche Sie aktuell nicht mehr ausüben können: _____	
6. Ärztliche Behandlung	Name und Adresse des behandelnden Arztes: _____ Datum der 1. Konsultation: _____ Datum der nächsten Konsultation: _____ Falls hospitalisiert, wo? _____ wann? _____ Falls Operation, wo? _____ wann? _____ Andere besuchte Ärzte: _____	
7. Andere Versicherungsleistungen	Haben Sie sich bei der IV angemeldet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei der IV Stelle des Kantons: _____ Falls nicht, sehen Sie vor dies nächstens zu tun? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn Sie Anspruch auf Taggelder oder eine Rente haben oder diese beansprucht haben, bitte kreuzen Sie den betroffenen Versicherer an und legen Sie eine Kopie der letzten Taggeldabrechnung und/oder des letzten Rentenentscheides bei: <input type="checkbox"/> IV / AHV <input type="checkbox"/> Suva oder anderer UVG-Versicherer <input type="checkbox"/> persönliche / private Versicherung <input type="checkbox"/> BVG <input type="checkbox"/> Arbeitslosenversicherung <input type="checkbox"/> Militärversicherung <input type="checkbox"/> andere: _____ Wurden Sie durch einen der obengenannten Versicherer über eine Einschränkung, Ablehnung oder Erschöpfung Ihres Anrechts auf Taggeldleistungen benachrichtigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte legen Sie eine Kopie dieser Mitteilung der Arbeitsunfähigkeitserklärung bei.)	
Mit seiner Unterschrift erklärt die versicherte Person bzw. der gesetzliche Vertreter, die oben gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben und aufgrund der Anweisungen des Versicherers mitzuwirken. Widrigenfalls werden die Leistungen verweigert.		
Einwilligung: Die versicherte Person ermächtigt die Krankentaggeldversicherung, die nötigen Angaben zur Festsetzung seines Leistungsanspruchs im Rahmen der Überprüfung des angemeldeten Ereignisses bis zum Widerruf dieser Vollmacht zu bearbeiten. Sie ermächtigt den Krankentaggeldversicherer, Kopien von relevanten Dokumenten und Informationen aus dem Dossier der versicherten Person sowohl in der Schweiz wie auch im Ausland, von Sozial- oder Privatversicherern, Ärzten, Spitälern und anderen Leistungserbringern sowie der öffentlichen Verwaltungen, Gemeinds- Kantons- und Bundesbehörden oder von anderen betroffenen Dritten (z.B. Arbeitgeber) anzufordern. Sie entbindet alle Genannten ausdrücklich vom Berufs- und Arztgeheimnis in Bezug auf das versicherte Ereignis oder welche einen Einfluss auf die Arbeitsunfähigkeit haben. Sie ermächtigt den Krankentaggeldversicherer auch, falls nötig, ein spezialisiertes Unternehmen oder medizinische Spezialisten in der Schweiz oder im Ausland zu beauftragen, um zusätzliche zur Schadenerledigung nötige Informationen einzuholen. Zu diesem Zweck kann der Versicherer die dafür notwendigen persönlichen Daten weiterleiten. Die versicherte Person ermächtigt den Krankentaggeldversicherer, die erforderlichen Angaben seinem Arbeitgeber, der zuständigen IV-Stelle, der Pensionskasse oder den betroffenen Sozial- und Privatversicherern weiterzugeben, insbesondere um zum Beispiel die Wiedereingliederung ins Berufsleben im Rahmen der Früherfassung gemäss Bundesgesetz über die Invalidenversicherung zu fördern. Sie ermächtigt ferner den Krankentaggeldversicherer die Rückerstattung einer eventuellen Überentschädigung oder von Vorschüssen direkt bei einem anderen Privat- oder Sozialversicherer (IVG, UVG, MV oder BVG) zu erhalten sowie Regress gegen diese Versicherer zu nehmen.		

Ort und Datum:

Unterschrift: