

## Arbeitsunfähigkeitserklärung des Versicherten

Schadennr. \_\_\_\_\_

1. Name und Vorname: _____  Strasse: _____  PLZ, Ort: _____	Geburtsdatum : _____	AHV-Nr. (13-stellig) _____
	Nationalität: _____ Aufenthaltsbewilligung: _____	Quellensteuerpflichtig : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Tel. Nr. : _____	Email: _____
2. Arbeitsverhältnisse	Übliche berufliche Tätigkeit: _____ <input type="checkbox"/> angestellt (1) <input type="checkbox"/> selbstständig (2) <input type="checkbox"/> arbeitslos (3) <input type="checkbox"/> ohne Erwerbstätigkeit <b>Bitte legen Sie eine Kopie folgender Unterlagen bei:</b> <b>(1) letzte Lohnabrechnung aller Arbeitgeber</b> <b>(2) letzte Gewinn- und Verlustrechnung, AHV-Abrechnung oder Steuererklärung</b> <b>(3) letzte Abrechnung der Arbeitslosenkasse</b>	
3. Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit	Arbeitsunfähigkeit vom _____ bis _____ zu _____ % vom _____ bis _____ zu _____ % vom _____ bis _____ zu _____ %  Vollständige Wiederaufnahme am: _____ Falls keine Wiederaufnahme, voraussichtliche Dauer (in Tagen): _____	
4. Ursache der Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Mutterschaft, vorgesehener Geburtstermin: _____ Beschreibung der Krankheit/Verletzung: _____ Handelt es sich um einen Rückfall einer früheren Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Von welcher: _____	
5. Einschränkungen	Detaillierte Beschreibung der beruflichen Tätigkeiten, die Sie derzeit nicht mehr ausüben können: _____ _____ _____	
6. Ärztliche Behandlung	Name und Adresse Ihres behandelnden Arztes: _____ Datum der ersten Konsultation _____ Datum der nächsten Konsultation _____ Falls Spitalaufenthalt, wo? _____ wann? _____ Chirurgischer Eingriff, wo? _____ wann? _____ Andere konsultierte Ärzte? Name und Adresse: _____	
7. Andere Versicherungsleistungen	Haben Sie sich bereits bei der IV angemeldet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei der IV-Stelle des Kantons _____ Falls nicht, haben Sie vor, dies demnächst zu tun? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Zutreffende/-r Versicherer ankreuzen, falls Sie einen Anspruch auf Taggelder oder eine Rente haben oder geltend gemacht haben. Dazu bitte eine <b>Kopie der letzten Taggeldabrechnung und/oder des letzten Rentenentscheids beilegen.:</b> <input type="checkbox"/> AVH / IV <input type="checkbox"/> Suva oder anderer UVG-Versicherer <input type="checkbox"/> persönliche/private Versicherung <input type="checkbox"/> Arbeitslosenversicherung <input type="checkbox"/> BVG <input type="checkbox"/> Militärversicherung <input type="checkbox"/> andere Wurden Ihre Taggelderleistungen von einem der obengenannten Versicherer begrenzt, abgelehnt oder erschöpft? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte eine Kopie dieser Mitteilung beilegen)	
<b>Mit ihrer Unterschrift erklärt die versicherte Person bzw. ihr gesetzlicher Vertreter, alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben und den Anweisungen der Versicherer zu folgen. Andernfalls werden die Leistungen verweigert.</b>		
<b>Vollmacht:</b> Die versicherte Person ermächtigt den Versicherer, die nötigen Angaben zur Festsetzung ihres Leistungsanspruchs im Rahmen der Überprüfung des angemeldeten Ereignisses zu bearbeiten. Sie entbindet die Leistungserbringer, Sozial- oder Privatversicherer von der beruflichen und ärztlichen Schweigepflicht und ermächtigt sie, alle notwendigen Informationen im Zusammenhang mit dem oben genannten Ereignis zu übermitteln. Sie ermächtigt den Versicherer, die notwendigen Unterlagen an die zuständige IV-Stelle, die Pensionskasse oder den betroffenen Sozial- und Privatversicherer weiterzugeben, sowie dem Arbeitgeber, ohne Gesundheitsdaten und unter Einhaltung des Datenschutzgesetzes, die erforderlichen Angaben mitzuteilen, um unter anderem ihre Chancen auf eine Wiedereingliederung ins Berufsleben zu erhöhen, insbesondere im Rahmen der Früherfassung gemäss dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG). Sie ermächtigt den Versicherer, die Rückerstattung einer eventuellen Überentschädigung oder von Vorschüssen direkt bei einem anderen Privat- oder Sozialversicherer gemäss IVG, Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG), Bundesgesetz über die Militärversicherung (MVG) und Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) zu erhalten.		

Ort und Datum :

Unterschrift :

**Gesellschaften der Groupe Mutuel Holding AG:**

Avenir Krankenversicherung AG / Easy Sana Krankenversicherung AG  
 Mutuel Krankenversicherung AG / Philos Krankenversicherung AG / SUPRA-1846 SA / AMB Versicherungen AG  
 Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG / Groupe Mutuel Leben GMV AG

**Von der Groupe Mutuel Services AG verwaltete Stiftungen:** Mutuelle Neuchâteloise Assurance Maladie

**Administrative Angaben:** Rue des Cèdres 5, 1919 Martigny - www.groupemutuel.ch