



VIZ von Holzen Insurance Zentrum AG - Rieden 1 - 6390 Stans - 0041 41 619 10 60 - info@insurancezentrum.ch

<b>Krankheitsmeldung Kollektiv-Taggeldversicherung</b>				<b>Police-Nr.</b>			
				<b>Schaden-Nummer</b> (wird von der Gesellschaft ausgefüllt)			
<b>1. Arbeitgeber</b>		<b>Korrespondenzadresse</b>		Telefon / Fax		Zuständige Person / E-mail direkt	
Telefonnummer		VIZ von Holzen Insurance Zentrum AG Rieden 1 6370 Stans		041 619 10 60		Bankverbindung: KtoNr BankPC Clearing PC (VN)	
				041 619 10 65			
<b>2. Versicherte Person</b> (Vorname / Name / Adresse)			Geburtsdatum	Zivilstand	Personenkreis / Kategorie (Falls im Vertrag vorgesehen)		
			Nationalität	AHV-Nummer	Aufenthaltsbewilligung		
<b>3. Anstellung</b>	Datum der Anstellung	Beruf	Stellung / Tätigkeit im Betrieb		<input type="radio"/> ungekündigt <input type="radio"/> gekündigt per		
<b>4. Arbeitsunfähigkeit</b>	Beginn der Arbeitsunfähigkeit?		Datum				
			Zeit				
<b>5. Arztadressen</b>	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik			Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik			
<b>6. Arbeitszeit</b>	Tage pro Woche	Stunden pro Woche	Betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit		Arbeitseinsatz: <input type="radio"/> unregelmässig <input type="radio"/> Kurzarbeit		
<b>7. Lohn</b>		CHF pro	Std.	Tag	Monat	Jahr	
Barlohn	Grundlohn (brutto)						
	Teuerungszulage						
	Akkord / Provision						
	Kinder-/Familienzulagen						
	Ferien-/Feiertagsentschädigung	% od.					
	Andere Lohnzulagen (Inkonvenienzen)						
	Gratifikation/13. Monatslohn	% od.					
Naturallohn	Art						
<b>8. Andere Versicherer</b>	Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, Suva oder einer obligatorischen Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters-/Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse? Wenn ja, wo?						
<b>9. Vergütung des Taggeldes</b>	Falls das Taggeld nicht an obenstehende Verbindung ausbezahlt werden soll, bitte Bankverbindung oder Postcheck angeben:						

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift



Zuständige Geschäftsstelle:

Telefon  
Fax**Arztzeugnis Krankenversicherung****Schaden-Nummer** (wird von der Gesellschaft ausgefüllt)

Bitte hier vermerken

<b>Arbeitgeber</b>	Telefonnummer	Police-Nr.
<b>Versicherte Person</b> (Vorname / Name)	Geburtsdatum	Zivilstand
	Nationalität	AHV-Nummer
		Beruf
<b>1. Beginn der Behandlung</b>	Tag	Monat
		Jahr
<b>2. Ursache des Leidens</b>	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Mutterschaft <input type="checkbox"/> Unfall	
<b>3.</b>	a) Diagnose?	
	b) Art der Behandlung? <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> stationär im Spital	
	c) Wann und in welcher Art hat sich das Leiden erstmals manifestiert (ev. Rückfall)?	
	d) Stand der Patient/die Patientin wegen obigen Leidens schon früher in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wann und bei wem?	
	e) Haben andere Faktoren (z.B. Unfall, Krankheit, Gebrechen) auf das Leiden einen Einfluss? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche?	
<b>4. Arbeitsunfähigkeit</b>	Grad (Angaben in % der Arbeitszeit) und voraussichtliche Dauer?	Andere Einschränkungen (Dispens, Therapie)? Art, Umfang und Dauer:
	% vom	% bis und mit
	% vom	% bis und mit
	% vom	% bis und mit
<b>5. Spital / Kuren</b>	Sind spezialärztliche Untersuchungen nötig oder finden Spital-/Kuraufenthalte statt? Wenn ja, welche / wo / Dauer (von, bis)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>6. Andere Versicherer</b>	Bestehen für das vorliegende Ereignis noch andere Versicherungen (Unfall-, Kranken- und/oder Haftpflichtversicherung) oder haben Sie für andere Versicherungen Zeugnisse ausgefüllt? Wenn ja, welche Gesellschaft, Krankenkasse?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>7. Schlusszeugnis</b>	Gilt dieses Zeugnis als Schlusszeugnis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>8. Bemerkungen</b>	(Prognose usw.)	

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Geht an:    **Erstbehandelnden Arzt → Gesellschaft**