

Taggeldkarte Kollektiv-Taggeldversicherung

Vertrags-Nr.

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____	Telefon _____	Personengruppe (Betriebszweig) _____
2. Versicherte Person	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl _____ _____	Geburtsdatum _____	AHV-Nr. (13stellig) _____
	Nationalität _____	Telefon _____	
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Sprache _____	
3. Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit erlernter Beruf _____ _____	Datum der Anstellung _____	<input type="checkbox"/> Kader <input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> ungelernt <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant <input type="checkbox"/> unbekannt
	Arbeitsverhältnis gekündigt per / befristet bis _____		
4. Arbeitszeit je Woche	Tage Std. betriebsübliche Arbeitsstunden _____	Arbeitseinsatz <input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> temporär <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit	

Hinweise für die versicherte Person

Diese Taggeldkarte bleibt beim Patienten. Er hat diese **bei jedem Arztbesuch vorzuweisen** und bei Wiederaufnahme der Arbeit unverzüglich dem Arbeitgeber abzugeben. Bei länger dauernder Arbeitsunfähigkeit ist die Taggeldkarte **jeweils am Ende des Monats dem Arbeitgeber vorzulegen**, damit eine monatliche Abrechnung vorgenommen werden kann. Diese Taggeldkarte gilt nicht als Anerkennung einer Leistungspflicht.

Eintragungen des Arztes

Krankheit Unfall

*1 Zumutbare Arbeitsintensität in % der üblichen Tätigkeit

*2 Zumutbare Anwesenheitsdauer im Betrieb in Stunden

Eintragungen Arbeitgeber

Datum des erfolgten Besuches	Arbeitsunfähigkeit		nächste Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit am		Zumutbare Arbeitsintensität *1	Zumutbare Anwesenheitsdauer *2	Unterschrift des Arztes	Unterschrift des Arbeitgebers
	Grad	Gültig ab	Gültig bis	am				

Stempel Arzt

Versicherte Person

Vertrags-Nr.

Eintragungen des Arbeitgebers

Bei Stunden- oder Taglohn: Effektiver Arbeitsausfall in Stunden bzw. Tagen gemäss arbeitsvertraglich vereinbarter Arbeitszeit eintragen (vgl. Arbeitsvertrag, GAV bzw. LMV)

Tag	Jan.	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												
16.												
17.												
18.												
19.												
20.												
21.												
22.												
23.												
24.												
25.												
26.												
27.												
28.												
29.												
30.												
31.												

Wiederaufnahme der Arbeit	Datum	<input type="checkbox"/> voll	<input type="checkbox"/> teilweise zu	%
	Datum	<input type="checkbox"/> voll	<input type="checkbox"/> teilweise zu	%
Bemerkungen				

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber