

Krankheitsmeldung Kollektiv-Taggeldversicherung				Police-Nr.			
				Schaden-Nummer (wird von der Gesellschaft ausgefüllt)			
1. Arbeitgeber		Korrespondenzadresse		Telefon / Fax		Zuständige Person / E-mail direkt	
Telefonnummer		IC Unicon AG Kägenstr. 17 Postfach 4153 Reinach 1		061 716 90 90			
				061 716 90 89			
				Bankverbindung:		KtoNr	
						BankPC Clearing PC (VN)	
2. Versicherte Person (Vorname / Name / Adresse)			Geburtsdatum	Zivilstand		Personenkreis / Kategorie <small>(Falls im Vertrag vorgesehen)</small>	
			Nationalität	AHV-Nummer		Aufenthaltsbewilligung	
3. Anstellung		Datum der Anstellung	Beruf	Stellung / Tätigkeit im Betrieb		<input type="radio"/> ungekündigt <input type="radio"/> gekündigt per	
4. Arbeitsunfähigkeit		Beginn der Arbeitsunfähigkeit?		Zeit			
		Datum					
5. Arztadressen		Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik			Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik		
6. Arbeitszeit		Tage pro Woche	Stunden pro Woche	Betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit		Arbeitseinsatz: <input type="radio"/> unregelmässig <input type="radio"/> Kurzarbeit	
7. Lohn		CHF pro	Std.	Tag	Monat	Jahr	
Barlohn		Grundlohn (brutto)					
		Teuerungszulage					
		Akkord / Provision					
		Kinder-/Familienzulagen					
		Ferien-/Feiertagsentschädigung	% od.				
		Andere Lohnzulagen (Inkonvenienzen)	% od.				
		Gratifikation/13. Monatslohn	% od.				
Naturallohn		Art					
8. Andere Versicherer		Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, Suva oder einer obligatorischen Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters-/Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse? Wenn ja, wo?					
9. Vergütung des Taggeldes		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

Arbeitgeber	Telefonnummer	Police-Nr.	
Versicherte Person (Vorname / Name)	Geburtsdatum	Zivilstand	
	Nationalität	AHV-Nummer	Beruf
1. Beginn der Behandlung	Tag	Monat	Jahr
2. Ursache des Leidens	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Mutterschaft <input type="checkbox"/> Unfall		
3.	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?		
4. Arbeitsunfähigkeit	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	
5. Spital / Kuren	Sind spezialärztliche Untersuchungen nötig oder finden Spital-/Kuraufenthalte statt? Wenn ja, welche / wo / Dauer (von, bis)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6. Andere Versicherer	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
7. Schlusszeugnis	Gilt dieses Zeugnis als Schlusszeugnis?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8. Bemerkungen	(Prognose usw.)		

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Geht an: **Erstbehandelnden Arzt → Gesellschaft**