

<b>Krankheitsmeldung Kollektiv-Taggeldversicherung</b>				Police-Nr.			
				Schaden-Nummer (wird von der Gesellschaft ausgefüllt)			
<b>1. Arbeitgeber</b>		<b>Korrespondenzadresse</b>		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)	
<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?		Zeit			
		Datum					
<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? Wenn ja, wann und bei wem? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  e) Haben andere Faktoren (z.B. Unfall, Krankheit, Gebrechen) auf das Leiden einen Einfluss? Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<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**