Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft

Bitte zuständiges Schadencenter auswählen:

Allianz Suisse

Krankenkarte
Kollektiv-Krankentaggeldversicherung

Schaden-Nr.	
Policen-Nr.	

Arbeitgeber/in	Name und Adresse mit Postleitzahl	
Versicherte Person	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl	
	Geburtsdatum	Ausgeübter Beruf

Hinweise für die versicherte Person
Wir bitten Sie, die Schaden-Nr. – die auf jeder Zuschrift der Allianz Suisse erwähnt ist – auf die Krankenkarte zu übertragen sowie bei Anfragen immer anzugeben. Diese Krankenkarte bleibt während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit in Ihren Händen. Sie ist der Ärztin / dem Arzt bei jedem Besuch zur Eintragung der Arbeitsunfähigkeit vorzulegen. Diese Krankenkarte gilt nicht als Anerkennung einer Leistungspflicht. Bei länger dauernder Arbeitsunfähigkeit ist jeweils am Ende jedes Monats eine Kopie der Krankenkarte via Arbeitgeber/in der Allianz Suisse einzureichen. Bei Wiederaufnahme der Arbeit ist die Original-Krankenkarte unverzüglich via Arbeitgeber/in der Allianz Suisse einzusenden. Teilzeitarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten, es sei denn, die Ärztin / der Arzt schreibe aus medizinischen Gründen etwas anderes vor.

Eintragungen der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Datum des nächsten Besuches	Datum des erfolgten Besuches	Arbeitsunfähigkeit Grad in %	Arbeitsunfähigkeit gültig ab	Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Datum des nächsten Besuches	Datum des erfolgten Besuches	Arbeitsunfähigkeit Grad in %	Arbeitsunfähigkeit gültig ab	Unterschrift der Ärztin / des Arztes

☐ Krankheit ☐ Mutterschaft ☐ Unfall ☐ Berufskrankheit

Die versicherte Person war in Spitalbehandlung

vom bis inkl.

Die ärztliche Behandlung endigte am

Stempel der Ärztin / des Arztes

Eventuelle Bemerkungen zur Teilarbeitsfähigkeit

1.)	%, d. h.	Std. / Tag zu	%
2.)	%, d. h.	Std. / Tag zu	%
3.)	%, d. h.	Std. / Tag zu	%

Hinweis für den/die Arbeitgeber/in: Bitte vor Weiterleitung an die Allianz Suisse beantworten

Hat die versicherte Person die Arbeit aufgenommen? ☐ nein ☐ ja Wenn ja, wann? _____ .

☐ Das Arbeitsverhältnis mit der versicherten Person wurde per _____ aufgelöst.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber/in

Geht an: Versicherte Person → Arbeitgeber/in → Allianz Suisse