

Krankheitsanzeige

		Dossier-Nr.			
1. Arbeitgeber Arbeitgeberin	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____ _____	Telefon-Nr.	Police-Nr.		
	2. Versicherte Person	Name und Vorname _____	Geburtsdatum	Telefon-Nr.	
		Strasse _____	Nationalität	Aufenthaltsbewilligung	
	PLZ Wohnort _____ _____	AHV-Nummer			
3. Wann hat der/die Versicherte vor der Krankheit letztmals gearbeitet?					
4. Das Arbeitsverhältnis ist <input type="checkbox"/> ungekündigt <input type="checkbox"/> gekündigt <input type="checkbox"/> aufgelöst per: _____					
5.1 Ausgeübte Tätigkeit des Versicherten in Ihrem Betrieb: _____					
5.2 Hat die versicherte Person Führungsaufgaben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
5.3 Die versicherte Person verrichtet ihre Tätigkeit hauptsächlich: <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> sitzend					
5.4 Wie ist die Tätigkeit der versicherten Person vorrangig ausgerichtet? <input type="checkbox"/> administrativ <input type="checkbox"/> handwerklich					
5.5 Die versicherte Person muss regelmässig Gewichte über 5 kg heben/transportieren. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
6. Datum der Anstellung: _____					
7. Arztadressen Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik			Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		
8. Arbeitszeit Tage pro Woche Stunden pro Woche Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden					
9. Lohn (*soweit AHV beitragspflichtig)		Fr. pro		Std.	Tag
* Grundlohn (brutto)					
Kinder-/Familienzulagen					
* Ferien-/Feiertagsentschädigung _____ % oder _____					
* Andere Lohnzulagen (Art) _____					
* Gratifikation/13. Monatslohn					
10. Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente einer Krankenversicherung, einer obligatorischen Unfallversicherung nach UVG, der Invalidenversicherung, Militärversicherung oder Arbeitslosenversicherung?					
Wenn ja, welche Versicherung?					
11. Vergütung des Taggeldes:		Postcheck-Konto-Nr.		Kontoinhaber	
		oder		oder	
		Postcheck-Konto-Nr. der Bank		Name der Bank	
		Konto-Nr		Kontoinhaber	
12. Vollmachterteilung					
Ich habe die Ermächtigung betreffend Datenverarbeitung auf der Rückseite gelesen und akzeptiere diese.					
Ort und Datum:			Unterschrift der versicherten Person:		
_____			_____		
Ort und Datum:			Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers:		
_____			_____		

Nach dem Ausfüllen bitte das **Arztzeugnis sofort dem behandelnden Arzt übergeben.**

Geht an: Basler, Versicherungs-Gesellschaft
Aeschengraben 21, Postfach 2275, CH-4002 Basel, Telefon 061 285 85 85, Fax 061 285 70 70
oder das Ihnen bekannt gegebene Leistungszentrum

Die unterzeichnete versicherte Person ermächtigt die Basler Versicherungs-Gesellschaft [Basler Lebens-Versicherungs-Gesellschaft] (nachstehend «Basler» genannt), im Rahmen der Prüfung und Bearbeitung dieses Versicherungsfalles seine Person betreffende Daten zu bearbeiten. Die Basler kann insbesondere:

- Daten an involvierte Dritte im In- und Ausland (z.B. Mit- und Rückversicherer oder Case-Manager) übermitteln;
- allfällig mögliche Rückgriffe auf einen haftpflichtigen Dritten (bzw. dessen Haftpflichtversicherer) ausüben und diesem die dazu erforderlichen Daten bekannt geben;
- bei medizinischen Leistungserbringern (Ärzten, Chiropraktoren, Psychologen, Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, Laboratorien, Spitälern, Einrichtungen zur teilstationären oder ambulanten Krankenpflege, Pflegeheimen), Sozial- (AHV, IV, UVG- und KVG-Versicherung) und Privatversicherern, Vorsorgeeinrichtungen, Arbeitsstellen, Arbeitgebern sowie Zeugen und anderen Auskunftspersonen sachdienliche Informationen einholen sowie in deren Akten Einsicht nehmen.

Der Unterzeichnete ermächtigt die betreffenden Personen und Institutionen, der Basler auf Anfrage die zur Prüfung und Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Daten bekannt zu geben und entbindet sie zu diesem Zweck von ihrer Geheimhaltungspflicht.

Diese Entbindung gilt auch für die Basler Versicherungs-Gesellschaft in Bezug auf Daten, die sie zur Abwicklung des Versicherungsfalles an Dritte weitergibt.

Krankheitsanzeige (Doppel für den Arbeitgeber)

Dossier-Nr. _____

1. Arbeitgeber Arbeitgeberin	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____	Telefon-Nr. _____	Police-Nr. _____

2. Versicherte Person	Name und Vorname _____	Geburtsdatum _____	Telefon-Nr. _____
	Strasse _____	Nationalität _____	Aufenthaltsbewilligung _____
	PLZ _____ Wohnort _____	AHV-Nummer _____	

3. Wann hat der/die Versicherte vor der Krankheit letztmals gearbeitet?

4. Das Arbeitsverhältnis ist ungekündigt gekündigt aufgelöst per: _____

5.1 Ausgeübte Tätigkeit des Versicherten in Ihrem Betrieb: _____

5.2 Hat die versicherte Person Führungsaufgaben? ja nein

5.3 Die versicherte Person verrichtet ihre Tätigkeit hauptsächlich: stehend sitzend

5.4 Wie ist die Tätigkeit der versicherten Person vorrangig ausgerichtet? administrativ handwerklich

5.5 Die versicherte Person muss regelmässig Gewichte über 5 kg heben/transportieren. ja nein

6. Datum der Anstellung: _____

7. **Arztadressen** Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik _____ Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik _____

8. **Arbeitszeit** Tage pro Woche _____ Stunden pro Woche _____ Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden _____

9. Lohn (*soweit AHV beitragspflichtig)	Fr. pro	Std.	Tag	Monat	Jahr
* Grundlohn (brutto)					
Kinder-/Familienzulagen					
* Ferien-/Feiertagsentschädigung _____ % oder _____					
* Andere Lohnzulagen (Art) _____					
* Gratifikation/13. Monatslohn					

10. Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente einer Krankenversicherung, einer obligatorischen Unfallversicherung nach UVG, der Invalidenversicherung, Militärversicherung oder Arbeitslosenversicherung?
Wenn ja, welche Versicherung?

11. **Vergütung des Taggeldes:** Postcheck-Konto-Nr. _____ Kontoinhaber _____
oder _____ oder _____
Postcheck-Konto-Nr. der Bank _____ Name der Bank _____
Konto-Nr _____ Kontoinhaber _____

12. **Vollmachterteilung**

Ich habe die Ermächtigung betreffend Datenverarbeitung auf der Rückseite gelesen und akzeptiere diese.

Ort und Datum: _____ Unterschrift der versicherten Person: _____

Ort und Datum: _____ Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers: _____

Nach dem Ausfüllen bitte das **Arztzeugnis sofort dem behandelnden Arzt übergeben.**

Die unterzeichnete versicherte Person ermächtigt die Basler Versicherungs-Gesellschaft [Basler Lebens-Versicherungs-Gesellschaft] (nachstehend «Basler» genannt), im Rahmen der Prüfung und Bearbeitung dieses Versicherungsfalles seine Person betreffende Daten zu bearbeiten. Die Basler kann insbesondere:

- Daten an involvierte Dritte im In- und Ausland (z.B. Mit- und Rückversicherer oder Case-Manager) übermitteln;
- allfällig mögliche Rückgriffe auf einen haftpflichtigen Dritten (bzw. dessen Haftpflichtversicherer) ausüben und diesem die dazu erforderlichen Daten bekannt geben;
- bei medizinischen Leistungserbringern (Ärzten, Chiropraktoren, Psychologen, Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, Laboratorien, Spitälern, Einrichtungen zur teilstationären oder ambulanten Krankenpflege, Pflegeheimen), Sozial- (AHV, IV, UVG- und KVG-Versicherung) und Privatversicherern, Vorsorgeeinrichtungen, Arbeitsstellen, Arbeitgebern sowie Zeugen und anderen Auskunftspersonen sachdienliche Informationen einholen sowie in deren Akten Einsicht nehmen.

Der Unterzeichnete ermächtigt die betreffenden Personen und Institutionen, der Basler auf Anfrage die zur Prüfung und Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Daten bekannt zu geben und entbindet sie zu diesem Zweck von ihrer Geheimhaltungspflicht.

Diese Entbindung gilt auch für die Basler Versicherungs-Gesellschaft in Bezug auf Daten, die sie zur Abwicklung des Versicherungsfalles an Dritte weitergibt.

Ärztliches Zeugnis Krankenversicherung

Dossier-Nr. _____

1. Arbeitgeber Arbeitgeberin	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____ _____	Telefon-Nr.	Police-Nr.
2. Versicherte Person	Name und Vorname _____	Geburtsdatum	Telefon-Nr.
	Strasse _____	Nationalität	Aufenthaltsbewilligung
	PLZ _____ Wohnort _____	AHV-Nummer	

3. Wann hat der/die Versicherte vor der Krankheit letztmals gearbeitet?

4. Das Arbeitsverhältnis ist ungekündigt gekündigt aufgelöst per: _____

5.1 Ausgeübte Tätigkeit des Versicherten in Ihrem Betrieb: _____

5.2 Hat die versicherte Person Führungsaufgaben? ja nein

5.3 Die versicherte Person verrichtet ihre Tätigkeit hauptsächlich: stehend sitzend

5.4 Wie ist die Tätigkeit der versicherten Person vorrangig ausgerichtet? administrativ handwerklich

5.5 Die versicherte Person muss regelmässig Gewichte über 5 kg heben/transportieren. ja nein

6. Ursache des Leidens? Krankheit Mutterschaft Unfall

7. Beginn der Behandlung bei Ihnen?

8. a) Diagnose? _____ ICD-10-CODE:

b) Art der Behandlung? _____

c) Wann und in welcher Art hat sich das Leiden gemäss Patient/Patientin erstmals manifestiert? _____

d) Stand der Patient/die Patientin wegen obigen Leidens schon früher in ärztlicher Behandlung? _____
Wenn ja, wann und bei wem? _____

9. **bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit:**

a) funktionelle Schonung (Dispens) Art und voraussichtliche Dauer?
Art: _____ vom: _____ bis: _____

b) zeitliche Schonung? Grad (Angabe in % der Arbeitszeit) und voraussichtliche Dauer?
Grad: _____ vom: _____ bis: _____

c) behindern andere Ursachen(z.B. Therapie) oder nichtmedizinische Gründe (z.B. Arbeitsweg) die Wiederaufnahme der Arbeit?
 ja nein Grund: _____ Umfang: _____

10.1 Sind spezialärztliche Untersuchungen nötig oder finden Spital-/Kuraufenthalte statt? ja nein
Wenn ja, welche und bei wem? _____

10.2 Schlagen Sie besondere nichtmedizinische Massnahmen vor? ja nein
Wenn ja, welche? _____

11. Gilt dieses Zeugnis als Schlusszeugnis? ja nein
Wenn nein, wann erwarten Sie das nächste Zeugnis? in 4 Wochen in 3 Monaten andere: in _____ Wochen

12. **Bemerkungen**

Ort und Datum _____	Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin _____
Honorar: Fr. _____	Heilungskosten sind nicht versichert

Krankenschein

		Dossier-Nr.	
1. Arbeitgeber Arbeitgeberin	Name und Adresse mit Postleitzahl	Telefon-Nr.	Police-Nr.

2. Versicherte Person	Name und Vorname	Geburtsdatum	Telefon-Nr.
	Strasse	Nationalität	Aufenthaltsbewilligung
	PLZ Wohnort	AHV-Nummer	
3. Wann hat der/die Versicherte vor der Krankheit letztmals gearbeitet?			
4. Das Arbeitsverhältnis ist <input type="checkbox"/> ungekündigt <input type="checkbox"/> gekündigt <input type="checkbox"/> aufgelöst per:			
5.1 Ausgeübte Tätigkeit des Versicherten in Ihrem Betrieb: _____			
5.2 Hat die versicherte Person Führungsaufgaben?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5.3 Die versicherte Person verrichtet ihre Tätigkeit hauptsächlich:		<input type="checkbox"/> stehend	<input type="checkbox"/> sitzend
5.4 Wie ist die Tätigkeit der versicherten Person vorrangig ausgerichtet?		<input type="checkbox"/> administrativ	<input type="checkbox"/> handwerklich
5.5 Die versicherte Person muss regelmässig Gewichte über 5 kg heben/transportieren.		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Hinweise für den Patienten

Wir bitten Sie, die **Dossier-Nummer** – die auf jeder Zuschrift der Basler erwähnt ist – auf den Krankenschein zu übertragen sowie bei Anfragen immer anzugeben.

Eine Arbeitsunfähigkeit wird durch den Arzt auf dem Krankenschein eingetragen. Teilarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten, es sei denn, der Arzt schreibe aus medizinischen Gründen etwas anderes vor.

Dieser Krankenschein bleibt während der Dauer der Genesung in Ihren Händen; er ist dem Arzt bei jedem Besuch vorzulegen und nach Abschluss der Behandlung dem Arbeitgeber abzugeben. Dieser Schein gilt nicht als Anerkennung einer Leistungspflicht.

Eintragung des Arztes

Datum des nächsten Besuches	Datum des erfolgten Besuches	Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
		Grad	Gültig ab	

Datum des nächsten Besuches	Datum des erfolgten Besuches	Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
		Grad	Gültig ab	

Die ärztliche Behandlung endigte am _____
Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Ort und Datum

Geht an: Patient -> Arbeitgeber -> Basler, Versicherungs-Gesellschaft
Aeschengraben 21, Postfach 2275, CH-4002 Basel, Telefon 061 285 85 85, Fax 061 285 70 70
oder das Ihnen bekannt gegebene Leistungszentrum