



Hauptsitz  
 Bundesplatz 15  
 Postfach, 6002 Luzern  
 Telefon 041 228 01 11  
 www.concordia.ch

## Arbeitsunfähigkeits-Karte Kollektiv-Taggeldversicherung

Vers. Nr.: \_\_\_\_\_

<b>1) Firma</b> Name: _____ Abteilung: _____ Strasse: _____ PLZ: _____ Ort: _____ <b>Zuständige Person</b> Name: _____ Vorname: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____	Police-Nr.: _____ Personenkreis: _____
--	---

<b>2) Versicherte Person</b> Name: _____ Vorname: _____ Strasse: _____ PLZ: _____ Ort: _____ Personal-Nr.: _____	AHV-/SV-Nummer: _____ Geb. Datum: _____ Tel. privat: _____ Nationalität: _____ quellensteuerpflichtig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ZAR-Nr.: _____
--	--

**Wichtige Hinweise für die versicherte Person**

<p>Die Arbeitsunfähigkeits-Karte bleibt bei der versicherten Person. In der Regel ist die Karte der Ärztin / dem Arzt bei jedem Besuch zum Eintrag der Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit vorzulegen. Bei Wiedernahme der Arbeit ist sie unverzüglich dem Arbeitgeber abzugeben. Bei länger dauernder Arbeitsunfähigkeit ist die Arbeitsunfähigkeitskarte jeweils Ende des Monats dem Arbeitgeber vorzuweisen, damit die Leistungsabrechnung vorgenommen werden kann. Nach Beendigung der ärztlichen Behandlung ist die Arbeitsunfähigkeits-Karte der CONCORDIA Versicherungen AG (bei einer Taggeldversicherung nach VVG) oder der CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG (bei einer Taggeldversicherung nach KVG) einzusenden.</p> <p><b>Diese Arbeitsunfähigkeits-Karte gilt nicht als Anerkennung der Leistungspflicht.</b></p>	<p>Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie die CONCORDIA Versicherungen AG (bei einer Taggeldversicherung nach VVG) oder die CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG (bei einer Taggeldversicherung nach KVG), alle notwendigen Auskünfte von Ärztinnen / Ärzten zu verlangen, die Sie behandeln oder früher behandelt haben, sowie in die Akten der obligatorischen Unfallversicherung (UVG), der Militärversicherung, der IV und anderer Versicherungen oder Krankenkassen Einsicht zu nehmen.</p> <p><b>Datum:</b> _____ <b>Unterschrift der versicherten Person:</b>          .....</p>
--	--

**Eintragungen der / des behandelnden Ärztin / Arztes**

<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Mutterschaft	(zutreffendes bitte ankreuzen)
------------------------------------	---------------------------------	--	---------------------------------------	--------------------------------

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

Abschluss der ärztlichen Behandlung am .....

Wiederaufnahme der Arbeit zu 100 % am .....

**Stempel der Ärztin / des Arztes**

Geht nach Abschluss der Arbeitsunfähigkeit via Arbeitgeber an die CONCORDIA, Bundesplatz 15, 6002 Luzern.