

## Meldung der Arbeitsunfähigkeit Kollektiv-Taggeld

**Bemerkung: für sofortige Anmeldung Telefon 031 838 66 55 (Meldefrist 14 Tage ab Arbeitsunfähigkeit)**

### Versicherungsnehmer (Firma):

Name/Firma:	Vertragsnummer:
Adresse:	Zuständige Person:
PLZ/Ort:	Direktwahl:

### Versicherte Person: Frau Herr

Vorname:	Name:
Adresse:	PLZ/Ort:
Telefon-Nr.:	Geburtsdatum:
Eintritt in Firma am:	Austritt aus der Firma per:
Letzter Arbeitstag vor Erkrankung:	Im Zwischenverdienst: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beschäftigungsgrad: _____ %	Erlerner Beruf:
Tätigkeit im Betrieb:	Quellensteuerpflichtig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ausländischer Arbeitnehmer/Ausweis:	

### Krankheit:

Behandelnder Arzt:	Bei Schwangerschaft (Geburtsstermin?):
Art der Krankheit? <small>(wenn bekannt)</small>	<input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise zu _____%
Arbeitsunfähig seit?	<input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise zu _____%
Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit?	
Arbeit wieder aufgenommen ab?	

### Lohnangaben:

Massgebender Lohn	Fr. pro	Stunde	Tag	Monat	Jahr
<b>Grundlohn (AHV-Bruttoloohn)</b>					
Akkord/Provision					
<b>Ferienentschädigung</b>	%				
Feiertagsentschädigung	%				
Kinderzulagen					
Andere Zulagen, Art?					
<b>Gratifikation/13. Monatslohn</b>					

Betriebskosten für Betriebsinhaber (Bitte letztjährige Erfolgsrechnung und Belege für betriebliche Mehraufwendungen senden)

Fixe Betriebskosten \_\_\_\_\_ CHF / Betriebliche Mehraufwendungen \_\_\_\_\_ CHF

Durchschnittliche Anzahl Arbeitsstunden pro Tag \_\_\_\_\_ pro Woche \_\_\_\_\_ Anzahl Tage pro Woche \_\_\_\_\_

Arbeitet  regelmässig  unregelmässig Betriebsübliche Arbeitsstunden/Woche \_\_\_\_\_

Höhe monatliches Einkommen variierend:  Ja  Nein (Wenn ja, bitte Lohnabrechnung oder Belege der Lohnbuchhaltung der letzten 12 Monate beilegen.)

Arbeitsunfähigkeitsmeldung an BVG-Versicherung erfolgt?  Ja  Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Name und Adresse BVG-Versicherung \_\_\_\_\_

Bezieht der Arbeitnehmer <b>Leistungen anderer Versicherer</b> (Taggelder, Renten usw.)? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA Leistungsart/Gesellschaft (z.B. SUVA, AHV/IV, Pensionskasse, Krankenversicherer usw.) angeben: _____
---

Ort und Datum:

Unterschrift des Versicherungsnehmers:

Bitte lassen Sie die Vollmacht (dritte Seite dieses Formulars) vom Arbeitnehmer unterschreiben. Sie klärt den Datenaustausch und trägt zu einem effizienten Ablauf und einer schnellen Leistungsauszahlung bei. Die Vollmacht kann auch nach Meldung der Arbeitsunfähigkeit an *innova* gesendet werden.

### Geht an *innova*

## Meldung der Arbeitsunfähigkeit Kollektiv-Taggeld

**Bemerkung: für sofortige Anmeldung Telefon 031 838 66 55 (Meldefrist 14 Tage ab Arbeitsunfähigkeit)**

### Versicherungsnehmer (Firma):

Name/Firma:	Vertragsnummer:
Adresse:	Zuständige Person:
PLZ/Ort:	Direktwahl:

### Versicherte Person: Frau Herr

Vorname:	Name:
Adresse:	PLZ/Ort:
Telefon-Nr.:	Geburtsdatum:
Eintritt in Firma am:	Austritt aus der Firma per:
Letzter Arbeitstag vor Erkrankung:	Im Zwischenverdienst: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beschäftigungsgrad: _____ %	Erlerner Beruf:
Tätigkeit im Betrieb:	Quellensteuerpflichtig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ausländischer Arbeitnehmer/Ausweis:	

### Krankheit:

Behandelnder Arzt:	Bei Schwangerschaft (Geburtsstermin?):
Art der Krankheit? (wenn bekannt)	<input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise zu _____ %
Arbeitsunfähig seit:	<input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise zu _____ %
Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit?	
Arbeit wieder aufgenommen ab?	

### Lohnangaben:

Massgebender Lohn	Fr. pro	Stunde	Tag	Monat	Jahr
<b>Grundlohn (AHV-Bruttolohn)</b>					
Akkord/Provision					
<b>Ferienentschädigung</b>	%				
Feiertagsentschädigung	%				
Kinderzulagen					
Andere Zulagen, Art?					
<b>Gratifikation/13. Monatslohn</b>					

Betriebskosten für Betriebsinhaber (Bitte letztjährige Erfolgsrechnung und Belege für betriebliche Mehraufwendungen senden)

Fixe Betriebskosten \_\_\_\_\_ CHF/Betriebliche Mehraufwendungen \_\_\_\_\_ CHF

Durchschnittliche Anzahl Arbeitsstunden pro Tag \_\_\_\_\_ pro Woche \_\_\_\_\_ Anzahl Tage pro Woche \_\_\_\_\_

Arbeitet  regelmässig  unregelmässig Betriebsübliche Arbeitsstunden/Woche \_\_\_\_\_

Höhe monatliches Einkommen variierend:  Ja  Nein (Wenn ja, bitte Lohnabrechnung oder Belege der Lohnbuchhaltung der letzten 12 Monate beilegen.)

Arbeitsunfähigkeitsmeldung an BVG-Versicherung erfolgt?  Ja  Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Name und Adresse BVG-Versicherung \_\_\_\_\_

Bezieht der Arbeitnehmer **Leistungen anderer Versicherer** (Taggelder, Renten usw.)?

NEIN

JA Leistungsart/Gesellschaft (z.B. SUVA, AHV/IV, Pensionskasse, Krankenversicherer usw.) angeben: \_\_\_\_\_

Ort und Datum:

Unterschrift des Versicherungsnehmers:

Bitte lassen Sie die Vollmacht (dritte Seite dieses Formulars) vom Arbeitnehmer unterschreiben. Sie klärt den Datenaustausch und trägt zu einem effizienten Ablauf und einer schnellen Leistungsauszahlung bei. Die Vollmacht kann auch nach Meldung der Arbeitsunfähigkeit an *innova* gesendet werden.

### Kopie für Arbeitgeber

## Vollmacht der versicherten Person über den Datenaustausch

### Versicherungsnehmer (Firma):

Name/Firma:	Vertragsnummer:
Adresse:	Zuständige Person:
PLZ/Ort:	Direktwahl:

### Versicherte Person: Frau Herr

Vorname:	Name:
Adresse:	PLZ/Ort:
Telefon-Nr.:	Geburtsdatum:
Eintritt in Firma am:	Austritt aus der Firma per:
Letzter Arbeitstag vor Erkrankung:	Im Zwischenverdienst: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beschäftigungsgrad: _____ %	Erlerner Beruf:
Tätigkeit im Betrieb:	Quellensteuerpflichtig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ausländischer Arbeitnehmer/Ausweis:	

### Krankheit:

Behandelnder Arzt:	Bei Schwangerschaft (Geburtsstermin?):
Art der Krankheit? (wenn bekannt)	
Arbeitsunfähig seit?	<input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise zu _____%
Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise zu _____%
Arbeit wieder aufgenommen ab?	

Die versicherte Person ermächtigt das Leistungsmanagement der *innova* Versicherungen AG (Lohnausfallversicherung des Arbeitgebers), zum Austausch der Daten, die zur Schadenabwicklung und Wiedereingliederung ins Berufsleben notwendig sind, mit unten stehenden Leistungserbringern, Amtsstellen und Versicherungen. Im Einzelnen erlaubt dies dem Leistungsmanagement:

- Auskünfte bei den Ärzten und anderen medizinischen Leistungserbringern, sowie Spitälern, Heilanstalten etc. einzuholen. Die Ärzte und die genannten Institutionen sind daher von der Schweigepflicht gegenüber dem Leistungsmanagement von *innova* vorbehaltlos entbunden. Ebenso darf das Leistungsmanagement Informationen, die der beruflichen Wiedereingliederung dienen, an diese weitergeben.
- bei Amtsstellen und Dritten, insbesondere bei Stellen der Invalidenversicherung, beruflichen Vorsorgeeinrichtungen (Pensionskassen), Krankenkassen, Unfallversicherern, Arbeitslosenstellen und anderen beteiligten Sozial- und Privatversicherern, sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in deren Akten Einsicht zu nehmen. Der Versicherungsträger, der Akteneinsicht gewährt, ist befugt, dem Leistungsmanagement von *innova* Kopien relevanter Akten auch ohne erneutes Gesuch zuzustellen. Das Leistungsmanagement darf Informationen die der beruflichen Wiedereingliederung, der Schadenminderung und der Missbrauchsbekämpfung dienen an Amtsstellen und Dritte weitergeben.
- medizinischen Unterlagen, die an den beratenden Vertrauensarzt von *innova* adressiert sind, einzuholen.
- Daten/Informationen mit dem Case Management von *innova* auszutauschen. Das Leistungsmanagement ist somit gegenüber dem Case Management von der Schweigepflicht entbunden. Für eine allfällige Begleitung durch das Case Management wird eine gesonderte Vollmacht eingeholt.

Diese Vollmacht ist ab Datum der Unterschrift für die gesamte Dauer der Betreuung und Schadenabwicklung durch das Leistungsmanagement gültig. Sie kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Bei Erlöschen der Vollmacht werden die eingeforderten Originalakten Datenschutzkonform für die Dauer der Aktenaufbewahrungspflicht aufbewahrt und nach deren Ablauf unter Aufsicht vernichtet.

Ohne gesetzlichen Grundlage oder Vollmacht der Versicherten Person werden keine Angaben oder Dokumente an Dritte (mit Ausnahme der hier erwähnten) weitergeleitet.

*innova* Versicherungen AG, vertreten durch das Leistungsmanagement, untersteht der gesetzlichen Schweigepflicht.

Ort und Datum:

Unterschrift:

### Geht via Arbeitnehmer an *innova*

*innova* Versicherungen AG • Postfach • 3073 Gümligen • Telefon 031 838 66 55 • Fax 031 838 66 48 • www.innova.ch

## Arztzeugnis Kollektiv-Taggeld

### Versicherungsnehmer (Firma):

Name/Firma:	Vertragsnummer:
Adresse:	Zuständige Person:
PLZ/Ort:	Direktwahl:

### Versicherte Person: Frau Herr

Vorname:	Name:
Adresse:	PLZ/Ort:
Telefon-Nr.:	Geburtsdatum:
Eintritt in Firma am:	Austritt aus der Firma per:
Letzter Arbeitstag vor Erkrankung:	Im Zwischenverdienst: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beschäftigungsgrad: _____ %	Erlerner Beruf:
Tätigkeit im Betrieb:	Quellensteuerpflichtig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ausländischer Arbeitnehmer/Ausweis:	

**Wenn Arbeitsunfähigkeit länger als 14 Tage,** bitte unbedingt ganzes Formular ausfüllen! (Diagnose bitte immer angeben)

<b>Diagnose</b> (bitte keine Globaldiagnose)	
<b>Art der Erkrankung</b>	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Mutterschaft: errechneter Geburtstermin _____ <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> unfallähnliche Körperschädigung <input type="checkbox"/> Militärversicherung
<b>Angaben des Patienten</b>	(Anamnese zum Leiden, Beschwerden, Rückfall)
<b>Behandlungsbeginn</b>	Datum _____ Bestand das Leiden schon früher? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Wenn ja, seit (Datum) _____
<b>Arbeitsunfähigkeit</b>	<input type="checkbox"/> JA zu _____ % ab _____ voraussichtliche Dauer _____ <input type="checkbox"/> NEIN
<b>Therapie</b>	a.) Was haben Sie veranlasst? _____ b.) Schlagen Sie besondere Massnahmen vor? _____ c.) Ist der Patient hospitalisiert? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA, wo? _____
<b>Arbeitsaufnahme</b>	<input type="checkbox"/> JA zu _____ % ab _____ <input type="checkbox"/> NEIN
<b>Bemerkungen Prognose</b>	

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes:

Geht via behandelnden Arzt/Spital zurück **an innova**

## Taggeld-Karte Kollektiv-Taggeld

### Versicherungsnehmer (Firma):

Name/Firma:	Vertragsnummer:
Adresse:	Zuständige Person:
PLZ/Ort:	Direktwahl:

### Versicherte Person: Frau Herr

Vorname:	Name:
Adresse:	PLZ/Ort:
Telefon-Nr.:	Geburtsdatum:
Eintritt in Firma am:	Austritt aus der Firma per:
Letzter Arbeitstag vor Erkrankung:	
Beschäftigungsgrad: %	Im Zwischenverdienst: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tätigkeit im Betrieb:	Erlerner Beruf:
Ausländischer Arbeitnehmer/Ausweis:	Quellensteuerpflichtig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### Wichtiger Hinweis

Diese Taggeldkarte bleibt beim Patienten. Er hat diese bei jedem Arztbesuch vorzuweisen und bei Wiederaufnahme der Arbeit unverzüglich dem Arbeitgeber abzugeben. Bei länger dauernder Arbeitsunfähigkeit ist **die Taggeldkarte jeweils am Ende des Monats dem Arbeitgeber vorzulegen**, damit eine monatliche Abrechnung vorgenommen werden kann. **Bis zum Erlangen der vollständigen Arbeitsfähigkeit genügt es, uns jeweils eine Kopie der Taggeldkarte zu senden.**

Diese Taggeldkarte gilt nicht als Anerkennung einer Leistungspflicht.

### Eintragungen 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	

Bemerkungen zur einer allfälligen Teilarbeitsfähigkeit:

%	d.h.	Std./Tag zu	%
%	d.h.	Std./Tag zu	%
%	d.h.	Std./Tag zu	%

**Stempel und Unterschrift des Arztes:**

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Geht via Arbeitgeber zurück an innova**