



Anmeldung und Erwerbsausfallbestätigung

Bitte mit Blockschrift ausfüllen

Versicherte/r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nr.		
	Strasse	Nationalität	KV-Nr.		
	PLZ/Wohnort	Zivilstand			
	Tel.-Nr.	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Arbeitgeber	Name und Adresse (mit Postleitzahl)	Grenzgänger: ZAR-Nr.	Aufenthaltsbewilligung <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> andere		
	Tel.-Nr.	Übliche berufliche Tätigkeit	Datum der Anstellung		
		Arbeitsverhältnis gekündigt per <input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	Üblicher Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> ungelernt <input type="checkbox"/> Lehrling		
Arbeitszeit des Versicherten	Tage je Woche	Stunden je Woche	Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden	Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit %	
Lohn	Fr. pro Grundlohn (brutto) <i>nur angeben, wenn versichert:</i> Teuerungszulage Akkord/Provision Ferien-/Feiertagsentschädigung Andere Lohnzulagen (Art): _____ Gratifikation 13. Monatslohn Naturallohn, Art: _____	Std.	Tag	Monat	Jahr
Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja, zu _____ % ab _____ wegen: <input type="checkbox"/> Mutterschaft / Geburtstermin: _____				
	<input type="checkbox"/> Unfall / unfallähnliche Körperschädigungen <input type="checkbox"/> Militär <input type="checkbox"/> Berufskrankheit				
	<input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> Krankheit				
Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt / Spital / Klinik		Nachbehandelnder Arzt / Spital / Klinik		
Arbeitsaufnahme	<input type="checkbox"/> ja, zu _____ % ab _____ <input type="checkbox"/> nein Ärztlich bestätigte Arbeitsunfähigkeit von _____ bis _____				

Ort, Datum:

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers:

Kontaktperson:
direkte Tel.-Nr.:

SWICA Gesundheitsorganisation
Generaldirektion
Römerstrasse 38
8401 Winterthur
Telefon 052 244 22 33
Telefax 052 244 22 90
swica@swica.ch

SWICA Gesundheitsorganisation
Regionaldirektion Basel
Aeschenplatz 2
4010 Basel
Telefon 061 270 66 66
Telefax 061 270 66 99
basel@swica.ch

SWICA Gesundheitsorganisation
Regionaldirektion Bern
Monbijoustrasse 16
3001 Bern
Telefon 031 388 11 44
Telefax 031 388 11 55
bern@swica.ch

SWICA Gesundheitsorganisation
Regionaldirektion Genf
Rue de Lausanne 80–82
1211 Genève 21
Telefon 022 908 33 66
Telefax 022 908 33 77
geneve@swica.ch

SWICA Gesundheitsorganisation
Regionaldirektion Lausanne
Boulevard de Grancy 39
1001 Lausanne
Telefon 021 613 04 04
Telefax 021 613 04 44
lausanne@swica.ch

SWICA Gesundheitsorganisation
Regionaldirektion Luzern
Hirschmattstrasse 32
6003 Luzern
Telefon 041 227 86 60
Telefax 041 227 86 61
luzern@swica.ch

SWICA Gesundheitsorganisation
Agentur Lugano
Via Cantonale 10
6901 Lugano
Telefon 091 912 20 50
Telefax 091 912 20 51
lugano@swica.ch

SWICA Gesundheitsorganisation
Regionaldirektion St. Gallen
Vadianstrasse 26
9001 St. Gallen
Telefon 071 226 81 11
Telefax 071 226 81 81
st.gallen@swica.ch

SWICA Gesundheitsorganisation
Regionaldirektion Winterthur
Palmstrasse 26b
8401 Winterthur
Telefon 052 268 03 03
Telefax 052 268 03 33
winterthur@swica.ch

SWICA Gesundheitsorganisation
Regionaldirektion Zürich
Norastrasse 5
8040 Zürich
Telefon 044 404 84 84
Telefax 044 404 84 85
zuerich@swica.ch

Anmeldung und Erwerbsausfallbestätigung Doppel für den Arbeitgeber

Versicherte/r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nr.		
	Strasse	Nationalität	KV-Nr.		
	PLZ/Wohnort	Zivilstand			
	Tel.-Nr.	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Arbeitgeber	Name und Adresse (mit Postleitzahl)	Grenzgänger: ZAR-Nr.	Aufenthaltsbewilligung <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> andere		
		Übliche berufliche Tätigkeit	Datum der Anstellung		
		Arbeitsverhältnis gekündigt per <input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	Üblicher Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> ungelernt <input type="checkbox"/> Lehrling		
	Tel.-Nr.				
Arbeitszeit des Versicherten	Tage je Woche	Stunden je Woche	Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden	Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit %	
Lohn	Fr. pro Grundlohn (brutto) <i>nur angeben, wenn versichert:</i> Teuerungszulage Akkord/Provision Ferien-/Feiertagsentschädigung Andere Lohnzulagen (Art): _____ Gratifikation 13. Monatslohn Naturallohn, Art: _____	Std.	Tag	Monat	Jahr
Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja, zu _____ % ab _____ wegen: <input type="checkbox"/> Mutterschaft / Geburtstermin: _____				
	<input type="checkbox"/> Unfall / unfallähnliche Körperschädigungen <input type="checkbox"/> Militär <input type="checkbox"/> Berufskrankheit				
	<input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> Krankheit				
Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt / Spital / Klinik		Nachbehandelnder Arzt / Spital / Klinik		
Arbeitsaufnahme	<input type="checkbox"/> ja, zu _____ % ab _____ <input type="checkbox"/> nein Ärztlich bestätigte Arbeitsunfähigkeit von _____ bis _____				

Ort, Datum:

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers:

Kontaktperson:
direkte Tel.-Nr.:

Taggeldkarte

Versicherte/r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nr.
	Strasse	Nationalität	KV-Nr.
	PLZ/Wohnort	Zivilstand	
	Tel.-Nr.	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Arbeitgeber	Name und Adresse (mit Postleitzahl)	Grenzgänger: ZAR-Nr.	Aufenthaltsbewilligung <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> andere
		Übliche berufliche Tätigkeit	Datum der Anstellung
	Tel.-Nr.	Arbeitsverhältnis gekündigt per	Üblicher Arbeitsplatz
		<input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> ungelernt <input type="checkbox"/> Lehrling

Eintragungen des Arztes

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

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

* evtl. Bemerkungen zur Teilzeitarbeitsfähigkeit			
1)	% d.h.	Std./Tag zu	%
2)	% d.h.	Std./Tag zu	%
3)	% d.h.	Std./Tag zu	%
Bemerkungen:			

Die ärztliche Behandlung endet am
Stempel des Arztes

Verwendung der Taggeldkarte

Diese Taggeldkarte bleibt während der Dauer der Genesung in den Händen des Patienten. Bei jedem Krankengeldbezug ist die vom Arzt bescheinigte Arbeitsunfähigkeit SWICA vorzulegen. Sollte der Krankheitsfall nicht innert eines Monats abgeschlossen sein, erhalten Sie die Karte für die erneute Bestätigung zurück.

Die Taggeldkarte ist bei jedem Arztbesuch vorzulegen und für die Auszahlung des Taggeldes nach Abschluss der Behandlung resp. nach 30 Tagen SWICA einzureichen. Das gleiche gilt bei teilweiser Arbeitsfähigkeit. Diese Taggeldkarte gilt nicht als Anerkennung der Leistungspflicht.

SWICA Gesundheitsorganisation
Generaldirektion
Römerstrasse 38
8401 Winterthur
Telefon 052 244 22 33
Telefax 052 244 22 90
swica@swica.ch

SWICA Gesundheitsorganisation
Regionaldirektion Basel
Aeschenplatz 2
4010 Basel
Telefon 061 270 66 66
Telefax 061 270 66 99
basel@swica.ch

SWICA Gesundheitsorganisation
Regionaldirektion Bern
Monbijoustrasse 16
3001 Bern
Telefon 031 388 11 44
Telefax 031 388 11 55
bern@swica.ch

SWICA Gesundheitsorganisation
Regionaldirektion Genf
Rue de Lausanne 80–82
1211 Genève 21
Telefon 022 908 33 66
Telefax 022 908 33 77
geneve@swica.ch

SWICA Gesundheitsorganisation
Regionaldirektion Lausanne
Boulevard de Grancy 39
1001 Lausanne
Telefon 021 613 04 04
Telefax 021 613 04 44
lausanne@swica.ch

SWICA Gesundheitsorganisation
Regionaldirektion Luzern
Hirschmattstrasse 32
6003 Luzern
Telefon 041 227 86 60
Telefax 041 227 86 61
luzern@swica.ch

SWICA Gesundheitsorganisation
Agentur Lugano
Via Cantonale 10
6901 Lugano
Telefon 091 912 20 50
Telefax 091 912 20 51
lugano@swica.ch

SWICA Gesundheitsorganisation
Regionaldirektion St. Gallen
Vadianstrasse 26
9001 St. Gallen
Telefon 071 226 81 11
Telefax 071 226 81 81
st.gallen@swica.ch

SWICA Gesundheitsorganisation
Regionaldirektion Winterthur
Palmstrasse 26b
8401 Winterthur
Telefon 052 268 03 03
Telefax 052 268 03 33
winterthur@swica.ch

SWICA Gesundheitsorganisation
Regionaldirektion Zürich
Norastrasse 5
8040 Zürich
Telefon 044 404 84 84
Telefax 044 404 84 85
zuerich@swica.ch