

Vaudoise Allgemeine, Versicherungsgesellschaft, Place de Milan, 1001 Lausanne
Tel. 0800 811 911 Fax 021 618 85 16 sinistres@vaudoise.ch EAN-Nr 7601003000993

1. Arbeitgeber					
Name					
Adresse					
Postleitzahl / Ortschaft					
Telefon / Fax					
Mail					
Versicherungsvertrags-Nr (z.B. 123456.5630)					
2. Versicherte Person					
Name, Vorname					
Adresse					
Postleitzahl / Ortschaft					
Geburtsdatum und Geschlecht				<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Zivilstand		<input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Getrennt <input type="checkbox"/> Verwitwet			
AHV-Nr (11-stellig - xxx.yy.xxx.nnn)					
Telefon privat / Natel					
Mail					
Postcheckkonto oder Bankverbindung					
3. Arbeitsvertrag					
Tätigkeit und Beruf					
Datum der Anstellung					
Bei Kündigung, Datum der Kündigung					
Bei befristeter Anstellung, Enddatum					
4. Bei ausländischer Nationalität					
Nationalität					
Arbeits-, Niederlassungsbew. (A,B,C,F,G,L,N)					
Quellensteuerpflichtig		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja : no RCE			
5. Arbeitsunfähigkeit					
Datum der Einstellung der Arbeit					
Falls bekannt : Datum der Arbeitsaufnahme				Aufnahme zu : %	
Art der Gesundheitsschädigung					
Seit wann zum 1. Mal					
Name, Vorname, Ortschaft des 1. Arztes					
Handelt es sich um Folgen eines Unfalls ?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Beh.Arzt (wenn verschieden):		Name, Vorname, Ortschaft			
		Datum der 1.Konsultation			
6. Wöchentliche Arbeitszeit					
In Tagen:		In Stunden:		In Stunden im Betrieb:	
Beschäftigung:		<input type="checkbox"/> Regelmässig <input type="checkbox"/> Unregelmässig <input type="checkbox"/> Teilweise Arbeitslosigkeit <input type="checkbox"/> Volle Arbeitslosigkeit			
7. Lohn					
	CHF pro	Stunde	Tag	Monat	Jahr
Grundlohn brutto, (inkl. Teuerungszulagen)					
Schicht / Provision					
Kinder-, Familienzulagen					
Ferien-, Feiertagsentschädigung (% oder CHF)					
Gratifikation / 13.Monatslohn (% oder CHF)					
Andere Zulagen – Art :					
Naturalleistungen - Art:					
8. Leistungen anderer Sozialversicherungen					
Hat die versicherte Person bereits Anrecht auf Taggelder oder einer Rente einer Sozialversicherung : Krankenkasse, UVG-Versicherung, IV-, AHV-, Militär-, oder Arbeitslosenversicherung?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche :	

Vaudoise Allgemeine, Versicherungsgesellschaft, Place de Milan, 1001 Lausanne
 Tel. 0800 811 911 Fax 021 618 85 16 sinistres@vaudoise.ch EAN-Nr 7601003000993

9. Anweisungen für den Krankheitsfall:

Die versicherte Person, der Arbeitgeber oder deren Stellvertreter müssen diese Krankheitsanzeige ausfüllen und sie so bald als möglich der Agentur der Vaudoise Versicherungen zustellen.

Bei jedem Besuch oder jeder Konsultation weist die versicherte Person das Kontrollblatt für die Arbeitsunfähigkeit dem behandelnden Arzt vor, damit er die erforderlichen Eintragungen machen kann.

Nach Abschluss des Falles händigt die versicherte Person das Kontrollblatt für die Arbeitsunfähigkeit ihrem Arbeitgeber aus. Dieser trägt das Datum der Wiederaufnahme der Arbeit ein und schickt es unverzüglich der Agentur der Vaudoise Versicherungen zurück.

Dauert die Arbeitsunfähigkeit mehr als einen Monat, ist am Ende jeden Monats eine Kopie des Kontrollblattes der Agentur der Vaudoise Versicherungen zu übermitteln.

10. Bearbeitung der persönlichen Daten :

Die versicherte Person ermächtigt hiermit die Vaudoise Versicherungen im erforderlichen Umfang alle Angaben über ihren Krankheitsfall anderen Versicherern in der Schweiz oder im Ausland, namentlich Mit- und Rückversicherern mitzuteilen. Ferner darf die Vaudoise Versicherungen von diesen Versicherern Auskünfte einholen und Einsicht in amtliche und gerichtliche Akten nehmen.

Diese Vereinbarung ist unabhängig von einer Anerkennung des Anspruchs auf Versicherungsleistungen.

11. Auskunftsrecht:

Die versicherte Person entbindet Spitäler, Ärzte, Behörden, Versicherungsgesellschaften oder –einrichtungen, insbesondere die Invalidenversicherung und die Einrichtungen für die berufliche Vorsorge von der Schweigepflicht und ermächtigt letztere, der Vaudoise Versicherungen alle im Zusammenhang mit einem Schadenfall gewünschten Auskünfte zu erteilen.

12. Überversicherung:

Aufgrund der vertraglichen Bestimmungen ermächtigt die versicherte Person die Vaudoise Versicherungen zur vollen oder teilweisen direkten Rückforderung bei den Einrichtungen der Sozialversicherung (Invalidenversicherung, Einrichtungen der beruflichen Vorsorge, UVG-Versicherung, Arbeitslosenversicherung, Eidg. Militärversicherung) der erbrachten Leistungen, dieser Einrichtungen, sofern sie mit den Taggeldern der Vaudoise Versicherungen gemeinsam erbracht werden.

13. Freizügigkeit:

Die versicherte Person hat unter gewissen Bedingungen das Anrecht auf Freizügigkeit in die Einzelversicherung. Um gültig zu sein, muss ein entsprechendes Gesuch durch die versicherte Person innert **30 Tagen** nach Ende des Arbeitsverhältnisses schriftlich gestellt werden.

14. Weitere Exemplare

Weitere Exemplare des vorliegenden Formulars sind auf der Webseite www.vaudoise.ch Rubrik Schaden erhältlich.

Die versicherte Person und der Arbeitgeber erklären, die Fragen des vorliegenden Formulars gewissenhaft beantwortet und von den obigen Artikel Kenntnis genommen zu haben.
 Der Arbeitgeber übergibt der versicherten Person eine Kopie des vorliegenden Formulars
 Bei elektronischer Übermittlung des Formulars verzichtet die Vaudoise Versicherung auf die handschriftlichen Unterschriften.

Ort und Datum:	Unterschrift der versicherten Person :
Name des Unterzeichners:	Unterschrift des Arbeitgebers :

Vaudoise Allgemeine, Versicherungsgesellschaft, Place de Milan, 1001 Lausanne
Tel. 0800 811 911 Fax 021 618 85 16 sinistres@vaudoise.ch EAN-Nr 7601003000993

Kontrollblatt der Arbeitsunfähigkeit

Agentur:

1. Versicherte Person					
Name, Vorname					
Adresse					
Postleitzahl / Ortschaft					
Geburtsdatum und Geschlecht		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			
2. Schadenfall					
Datum des Unfalls oder der Krankheit		<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit			
Schadendossier-Nr. der Vaudoise Vers.					
3. Arzt	Konsultationen : Datum und Zeit		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
	Nächste	Erfolgte	%	Ab dem	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
Die ärztliche Behandlung endigte am :					
Stempel des Arztes					
4. Arbeitgeber					
Name					
Adresse					
Postleitzahl / Ortschaft					
Versicherungsvertrags-Nr. (z.B. 123456.5630)					
Datum der Wiederaufnahme der Arbeit					
Ort und Datum					
Unterschrift des Arbeitgebers					

5. Hinweise für die versicherte Person:

Dieses Kontrollblatt der Arbeitsunfähigkeit bleibt in den Händen der Versicherten Person.

Das vorliegende Blatt ist bei jedem Besuch dem behandelnden Arzt vorzulegen, damit dieser Rubrik Nr. 3 vervollständigt.

Nach Beendigung der ärztlichen Behandlung übergibt die versicherte Person dieses Blatt ihrem Arbeitgeber. Dieser trägt darin das Datum der Wiederaufnahme der Arbeit ein und sendet es unverzüglich der Agentur der Vaudoise Versicherungen.

Dauert die Arbeitsunfähigkeit mehr als einen Monat, ist am Ende jeden Monats eine Kopie des Kontrollblattes der Agentur der Vaudoise Versicherungen zu übermitteln.

6. Bemerkungen für den behandelnden Arzt:

Die Regelmässige Nachführung des vorliegenden Blatts ermöglicht der Vaudoise Versicherungen im Allgemeinen auf Zwischen- und Schlussberichten mit Ausnahme besonderer Fälle zu verzichten.