

Krankmeldung Taggeldversicherung

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel-Nr.	Vertrags-Nr.	
	IBAN		Kontaktperson (Name, Telefon, E-Mail)		
			Üblicher Arbeitsplatz des/der Erkrankten (Betriebszweig)		
2. Versicherte Person	Name und Adresse mit Postleitzahl		Geburtsdatum	SV-Nummer / AHV-Nummer	
	IBAN		Tel-Nummer (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit	
			Zivilstand	Quellensteuerpflichtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Im Zwischenverdienst <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ausgeübter Beruf		
	Stellung <input type="checkbox"/> höheres Kader <input type="checkbox"/> mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant Verhältnis <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsvertrag gekündigt per wann?				
	Durchschnittliche Anzahl Arbeitsstunden der versicherten Person Pro Woche Arbeitseinsatz Vertraglicher Beschäftigungsgrad Durchschnittliche Anzahl Arbeitsstunden des Betriebs pro Woche				
4. Ereignis	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall/unfallähnliche Körperschädigungen <input type="checkbox"/> Mutterschaft/Geburtstermin				
5. Arbeitsunfähigkeit	Beginn		Letzter Arbeitstag vor Erkrankung		
	Voraussichtliche Dauer		Arbeit wieder aufgenommen am <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise		
	Ferien während Krankheit geplant?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, ab wann?		
6. Behandelnder Arzt					
7. Lohn	Grundlohn (AVH-Bruttolohn) Kinder-/Familienzulagen Ferien-/Feiertagsentschädigung Gratifikation/13. Monatslohn Andere Lohnzulagen (zB. Akkord / Provision / Naturallohn / Schichtzulagen) Bezeichnung Höhe des monatlichen Einkommens variierend <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Betriebskosten für Betriebsinhaber (bitte letztjährige Erfolgsrechnung, AHV-Abrechnung und Belege für betriebliche Mehraufwendungen senden) Fixe Betriebskosten CHF Betriebliche Mehraufwendungen CHF	CHF pro	Stunde	Monat	Jahr
	8. Andere Versicherungen	Bezieht der/die Versicherte Leistungen anderer Versicherer (Taggelder, Renten usw.)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Leistungsart/Gesellschaft (zB. SUVA, AHV/IV, Pensionskasse, anderer Taggeldversicherer usw.) angeben			
9. BVG-Versicherer	Name des BVG-Versicherers:				
10. Bemerkung an die Versicherung					

Bitte lassen Sie die Vollmacht 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.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift des Arbeitnehmers

Vollmacht der versicherten Person über den Datenaustausch

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel-Nr.	Vertrags-Nr.
		Kontaktperson (Name, Telefon, E-Mail)	
	IBAN	Üblicher Arbeitsplatz des/der Erkrankten (Betriebszweig)	
2. Versicherte Person	Name und Adresse mit Postleitzahl	Geburtsdatum	SV-Nummer / AHV-Nummer
		Tel-Nummer (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit
	IBAN	Zivilstand	Quellensteuerpflichtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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 untenstehenden Leistungserbringern, Amtsstellen und Versicherungen. Im Einzelnen erlaubt dies dem Leistungsmanagement:

- Auskünfte bei den im vorliegenden Leistungsfall behandelnden Ärzten und anderen medizinischen Leistungserbringern, sowie involvierten 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 involvierten 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 und bei diesen Stellen sämtliche Abklärungen zu tätigen, die zur Beurteilung des Leistungsanspruchs nötig sind. 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.
- medizinische Unterlagen, die an den beratenden Vertrauensarzt von *innova* adressiert sind, einzuholen.
- Daten/Informationen mit der beruflichen Vorsorgeeinrichtung der versicherten Person auszutauschen. Dies bedeutet, dass das Leistungsmanagement Informationen, die der beruflichen Wiedereingliederung und Schadenminderung dienen, weitergeben darf.
- 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.
- Das Leistungsmanagement ist sodann befugt, in seinem Namen und auf seine Verantwortung einen Stellvertreter mit der Ausübung der Befugnisse aus dieser Vollmacht zu betrauen.

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 Verjährungsfrist aufbewahrt und nach dessen 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 der versicherten Person

Arztzeugnis Taggeldversicherung

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel-Nr.	Vertrags-Nr.
		Kontaktperson (Name, Telefon, E-Mail)	
	IBAN	Üblicher Arbeitsplatz des/der Erkrankten (Betriebszweig)	
2. Versicherte Person	Name und Adresse mit Postleitzahl	Geburtsdatum	SV-Nummer / AHV-Nummer
		Tel-Nummer (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit
	IBAN	Zivilstand	Quellensteuerpflichtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

Diagnose (bitte keine Globaldiagnose)	
Art der Erkrankung	Handelt es sich um: <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Mutterschaft → Geburtstermin <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> unfallähnliche Körperschädigung <input type="checkbox"/> Militärversicherung
Angaben des Patienten	(Anamnese zum Leiden, Beschwerden, Rückfall)
Behandlungsbeginn	Datum _____ Bestand das Leiden schon früher? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, seit (Datum) _____ Zeitperiode _____ Hat es zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja zu _____ % ab _____ <input type="checkbox"/> nein voraussichtliche Dauer _____
Therapie	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? _____
Arbeitsaufnahme	<input type="checkbox"/> ja zu _____ % ab _____ <input type="checkbox"/> nein
Bemerkungen Prognose	

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

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

Taggeld-Karte Taggeldversicherung

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel-Nr.	Vertrags-Nr.
		Kontaktperson (Name, Telefon, E-Mail)	
	IBAN	Üblicher Arbeitsplatz des/der Erkrankten (Betriebszweig)	
2. Versicherte Person	Name und Adresse mit Postleitzahl	Geburtsdatum	SV-Nummer / AHV-Nummer
		Tel-Nummer (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit
	IBAN	Zivilstand	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	

Bemerkungen zur einer allfälligen Teilarbeitsfähigkeit

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