

## Krankmeldung Einzel-Taggeldversicherung

<b>1. Versicherte Person</b>	Name und Adresse mit Postleitzahl		Geburtsdatum	SV-Nummer / AHV-Nummer
	IBAN		Tel-Nummer	Staatsangehörigkeit
			Zivilstand	Quellensteuerpflichtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>2. Ereignis</b>	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall/unfallähnliche Körperschädigungen <input type="checkbox"/> Mutterschaft/Geburtstermin			
<b>3. Arbeitsunfähigkeit</b>	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?	
<b>4. Behandelnder Arzt</b>				
<b>5. Selbstständig-erwerbend</b>	Branche	Rechtsform	Anzahl Angestellte:	
	Beruf			
	AHV-Bruttolohn Fr.	(bitte letztjährige Erfolgsrechnung und AHV-Abrechnung beilegen)		
	Fixe Betriebskosten	CHF		
	Betriebliche Mehraufwendungen	CHF		
Wenn ja, wofür: (bitte Belege und letztjährige Erfolgsrechnung beilegen) Muss der Betrieb während Ihrer Arbeitsunfähigkeit stillgelegt werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
<b>6. Arbeitnehmer/in</b>	Erhalten Sie während Ihrer Arbeitsunfähigkeit den vollen Lohn? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte <b>nächste Seite</b> der Meldung <b>durch Arbeitgeber</b> ausfüllen lassen! Name und Adresse des Arbeitgebers:			
<b>7. Hausfrau/-mann</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise zu ... ..%			
<b>8. Andere Versicherungen</b>	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			
<b>9. BVG-Versicherer</b>	Name des BVG-Versicherers:			
<b>10. Bemerkung an die Versicherung</b>				

Bitte unterzeichnen Sie unbedingt auch die Vollmacht (dritte Seite dieses Formulars). 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

**Vom Arbeitgeber auszufüllen**

**Betrifft: Vorname** \_\_\_\_\_ **Name** \_\_\_\_\_ **Kundennummer** \_\_\_\_\_

Nachweis für Lohnausfall bei Arbeitnehmer

<b>1. Lohnangaben</b>	Massgebender Lohn	CHF pro	Stunde	Monat	Jahr
	Grundlohn (AVH-Bruttolohn)				
	Kinder-/Familienzulagen				
	Ferien-/Feiertagsentschädigung	%			
	Gratifikation/13. Monatslohn				
	Andere Lohnzulagen (zB. Akkord / Provision / Naturallohn / Schichtzulagen) Bezeichnung				
<b>2. Arbeitsunfähigkeit</b>	Letzter Arbeitstag vor Erkrankung gekündigt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, per _____ durch <input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer				
	Beschäftigungsgrad	%			
<b>3. Anstellung</b>	Durchschnittliche Anzahl Arbeitsstunden	pro Tag	pro Woche		
	Arbeitet	<input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig			
	Höhe Einkommen/Monat variierend	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (wenn ja, bitte Lohnabrechnungen oder Belege der Lohnbuchhaltung der letzten 12 Monate beilegen)			
<b>4. Lohnfortzahlung</b>	Der Arbeitnehmer hat während folgender Zeit den vollen Lohn: Beginn Arbeitsunfähigkeit: _____ bis Datum: _____  Es besteht eine Kollektiv-Taggeldversicherung für alle Arbeitnehmer: Der Vertrag sieht folgende Leistungen vor: (z.B. 80% ab 4. Tag) % ab _____ . Tag  Bitte Name und Adresse sowie die Policen-Nummer des Kranken- resp. Unfallversicherers aneben. (Wenn Abrechnung bereits vorhanden: Bitte Kopie beilegen)				

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

---

## Vollmacht der versicherten Person über den Datenaustausch

1. Versicherte Person	Name und Adresse mit Postleitzahl	Geburtsdatum	SV-Nummer / AHV-Nummer
		Tel-Nummer	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, Arbeitslosenkassen 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 diese Amtsstellen und Dritte weitergeben.
- medizinischen 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 Aktenaufbewahrungspflicht 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 Einzel-Taggeldversicherung

1. Versicherte Person       IBAN	Name und Adresse mit Postleitzahl	Geburtsdatum	SV-Nummer / AHV-Nummer
		Tel-Nummer	Staatsangehörigkeit
		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)

<b>Diagnose</b> (bitte keine Globaldiagnose)	
<b>Art der Erkrankung</b>	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
<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) _____ Zeitperiode _____ Hat es zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Arbeitsunfähigkeit</b>	<input type="checkbox"/> ja zu _____ % ab _____ <input type="checkbox"/> nein voraussichtliche Dauer _____
<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</b> <b>Prognose</b>	

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

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

## Taggeld-Karte Einzel-Taggeldversicherung

1. Versicherte Person	Name und Adresse mit Postleitzahl	Geburtsdatum	SV-Nummer / AHV-Nummer
		Tel-Nummer	Staatsangehörigkeit
	IBAN	Zivilstand	Quellensteuerpflichtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Wichtiger Hinweis

Diese Taggeldkarte bleibt beim Patienten. Bei länger dauernder Arbeitsunfähigkeit ist **die Taggeldkarte jeweils am Ende des Monats an innova zu senden**, damit eine monatliche Abrechnung vorgenommen werden kann. **Bis zum Erlangen der vollständigen Arbeitsfähigkeit genügt es, uns jeweils eine Kopie der Taggeldkarte zukommen zu lassen.**

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 zurück an innova**