sumiswalder
ihr partner für gesundheit

Sumiswalder Krankenkasse | Spitalstrasse 47 | 3454 Sumiswald
T 034 432 30 60 | info@sumiswalder.ch | www.sumiswalder.ch

Krankmeldung Kollektiv-Taggeldversicherung nach Krankenversicherungsgesetz KVG

Versicherungsnehmer

Firma:

Zuständige Person:

Strasse:

PLZ | Ort:

Telefon:

Versicherte Person

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ | Ort:

Versicherten-Nr.:

AHV-Nr.:

Berufliche Tätigkeit:

Telefon:

Geschlecht: ☐ männliche ☐ weiblich

Krankheit | Unfall | Mutterschaft

Ärztin | Arzt:

Grund: ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Mutterschaft | Geburtstermin ET:

Arbeitsunfähig seit: ☐ ganz ab ☐ teilweise zu % ab

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit:

Arbeit wieder aufgenommen ab: ☐ ganz ab ☐ teilweise zu % ab

Bitte dieser Meldung die bereits vorliegenden Arztzeugnisse beilegen.

Anzahl krankeitsbedingte Absenzen während den letzten 12 Monaten

bis 1 Woche: mal

bis 2 Wochen: mal

länger als 2 Wochen: mal

Bemerkung:

Sind Ferien im Ausland geplant? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, von | bis?

sumiswalder
ihr partner für gesundheit

Sumiswalder Krankenkasse | Spitalstrasse 47 | 3454 Sumiswald
T 034 432 30 60 | info@sumiswalder.ch | www.sumiswalder.ch

Lohndaten

Arbeitszeit der versicherten Person

Beschäftigungsgrad ____ % Stunden pro Woche ____

Tage pro Woche ____ Betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit ____

Versicherter Lohn			**Stunden**	**Monat**
Grundlohn:		CHF		

Versicherte Zulagen

Kinder-/Familienzulagen:		CHF		
Ferien-/Feiertagsentschädigung:	%	oder: CHF		
Andere AHV-pflichtige Lohnzulagen (Art):				
		CHF		
Gratifikation:	%	oder: CHF		
13. Monatslohn:	%	oder: CHF		

Bei MitarbeiterIn im Stundenlohn bitte Lohnauszug der letzten 6 Monate beilegen.

Das Taggeld ist auszuzahlen an: ☐ versicherte Person ☐ Betrieb

IBAN-Nr.:

Bank-/Postadresse:

Andere Versicherungsleistungen
Besteht noch bei einer anderen Gesellschaft Anspruch auf Taggeldleistungen für diesen Fall? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bei welcher Versicherung?

Ort | Datum: Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers:

Telefon für Rückfragen:

Tätigkeit im Betrieb

Arbeitsverhältnis seit:

Berufliche Tätigkeit:

☐ Unbefristet ☐ Befristet ☐ Gekündigt per

Kurzbeschreibung der aktuellen beruflichen Tätigkeit:

Prozentuale Aufteilung der Tätigkeit

____ % stehend ____ % sitzend ____ % wechselnd ____ % administrativ

Körperliche Arbeit: ☐ Leicht ☐ Mittel ☐ Schwer Belastet die Tätigkeit: ☐ Rücken ☐ Schultern

Müssen regelmässig Gewichte über 10 kg gehoben werden? ☐ Ja > ca. ____ mal pro Tag ☐ Nein

sumiswalder
ihr partner für gesundheit

Sumiswalder Krankenkasse | Spitalstrasse 47 | 3454 Sumiswald
T 034 432 30 60 | info@sumiswalder.ch | www.sumiswalder.ch

Arztzeugnis

Name:		Versicherten-Nr.:	
Vorname:		AHV-Nr.:	
Geburtsdatum:		Berufliche Tätigkeit:	
Strasse:		Telefon:	
PLZ | Ort:		Geschlecht:	☐ männliche ☐ weiblich

Ärztin | Arzt:

Grund: ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Mutterschaft | Geburtstermin ET:

Arbeitsunfähig seit: ☐ ganz ab ☐ teilweise zu % ab

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit:

Arbeit wieder aufgenommen ab: ☐ ganz ab ☐ teilweise zu % ab

Wenn die Arbeitsunfähigkeit länger als 10 Tage dauert, unbedingt das ganze Formular durch die Ärztin oder den Arzt ausfüllen lassen (Diagnose bitte immer angeben).

Diagnose inklusive ICD-Codes:

Angaben zur Person, Anamnese zum Leiden, subjektive wie objektive Beschwerden, Rückfall:

Behandlungsbeginn sowie bisherige Konsultationen:

Attestierte Arbeitsunfähigkeit:

Therapie

Aktuelle Medikation

Aktuelle Therapie

Schlagen Sie besondere Massnahmen vor?

Findet eine spezialärztliche Abklärung statt? Wo?

Prognose zur Dauer der Arbeitsunfähgkeit?

Ort | Datum:

Stempel der Ärztin | des Arztes:

Antwort an: Sumiswalder Krankenkasse, Vertrauensärztlicher Dienst, Spitalstrasse 47, 3454 Sumiswald oder vad@sumiswalder.ch

sumiswalder
ihr partner für gesundheit

Sumiswalder Krankenkasse | Spitalstrasse 47 | 3454 Sumiswald
T 034 432 30 60 | info@sumiswalder.ch | www.sumiswalder.ch

Taggeldkarte

Name: Vorname: Versicherten-Nr.:

Bitte beachten

- **Die Taggeld-Karte bleibt während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei den Versicherten. Sie ist der Ärztin oder dem Arzt bei jedem Besuch vorzulegen.**
- Alle 4 bis 6 Wochen ist die Taggeldkarte (Kopie) zur Zwischenabrechnung einzureichen (taggeld@sumiswalder.ch).
- Bei Wiederaufnahme der Arbeit muss die Taggeld-Karte unverzüglich an die Kasse eingesandt werden.
- Bei UVG-Unfällen erfolgt die Auszahlung nur gestützt auf die Abrechnung des UVG-Versicherers (Kopie der Abrechnung ist einzureichen).
- Mit meiner Unterschrift ermächtige ich den Vertrauensarzt der Sumiswalder mit meinen Ärzten in Kontakt zu treten, um die Leistungspflicht aus medizinischer Sicht zu beurteilen (sofern dies notwendig ist).

Ort | Datum:

Unterschrift der versicherten Person:

Aktuelle Tätigkeit: Beschäftigungsgrad in %

Eintragungen der Ärztin | des Arztes ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Mutterschaft

Datum der Konsultation		**Arbeitsunfähigkeit**		**Unterschrift der Ärztin | des Arztes**
aktuell	nächste Beurteilung	Grad %	Gültig ab	

Abschluss der ärztlichen Behandlung am:

Stempel und Unterschrift der Ärztin | des Arztes:

Bemerkungen zu einer allfälligen Teilarbeitsfähigkeit		
%	d.h.	Std. pro Tag zu %
%	d.h.	Std. pro Tag zu %
%	d.h.	Std. pro Tag zu %
%	d.h.	Std. pro Tag zu %

Stempel und Unterschrift der Ärztin | des Arztes:

Bemerkungen: