|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Versicherungsgesellschaft** |  | | | | | **Police Nr.** | |  | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Versicherungsnehmer** |  | | | | | Telefon | |  | | |
| Adresse |  | | | | | Telefax | |  | | |
| PLZ Ort |  | | | | | Homepage | |  | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Zuständig |  | | | | | Direktwahl | |  | | |
| Funktion / Abteilung |  | | | | | Mobile | |  | | |
| Evtl. Filiale |  | | | | | Email | |  | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Erkrankte Person** |  | | | | | Geb. Datum | |  | | |
| Adresse |  | | | | | Zivilstand | |  | | |
| PLZ Ort |  | | | | | Anzahl | |  | bis 20/25 (in Ausb.) | |
| Krankenkasse |  | | | | | Kinder | |  | über 20/25 (Ausb.) | |
| Ausgeübter Beruf |  | | | | | Besch.Grad | | % | | |
| Üblicher Arbeitsplatz |  | | | | | Anstellung | | Datum | |  |
|  | | | | | | | | | | |
| **Erkrankung am/Warum?** |  |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Hinweis für die**  **erkrankte Person** | Diese Krankenkarte und **Vollmacht ist** **vor dem ersten Arztbesuch** **zu unterzeichnen**. Die Krankenkarte bleibt während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit in Ihren Händen. Sie ist dem behandelnden Arzt bei jedem Besuch zur Eintragung der Arbeitsunfähigkeit vorzulegen. Diese Krankenkarte gilt nicht als Anerkennung einer Leistungspflicht. Bei länger dauernder Arbeitsunfähigkeit ist jeweils am Ende jedes Monats eine Kopie der Krankenkarte via Arbeitgeber der Versicherungsgesellschaft einzureichen. Bei Wiederaufnahme ist das Original unverzüglich via Arbeitgeber an die Versicherungsgesellschaft einzusenden. Teilzeitarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten, es sein denn, der Arzt schreibe aus medizinischen Gründen etwas anderes vor. | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
| **Vollmacht** | Die unterzeichnete versicherte Person ermächtigt die Versicherungsgesellschaft, die zur Abwicklung des angemeldeten Schadens notwendigen Daten zu bearbeiten. Sie ermächtigt die behandelnden Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen, der Versicherungsgesellschaft auf Anfrage die zur Abwicklung des vorliegenden Schadens erforderlichen Daten bekannt zu geben und entbindet diese Personen ausdrücklich von deren Geheimhaltungspflicht. Die Versicherungsgesellschaft wird ausserdem ermächtigt, bei Amtsstellen und Dritten, insbesondere bei IV-Stellen, beruflichen Vorsorgeeinrichtungen (Pensionskassen), Krankenkassen, UVG-Versicherern, Arbeitslosenkassen und anderen beteiligten Sozial- und Privatversicherern, sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in deren Akten Einsicht zu nehmen. Der Versicherungsträger, der Akteneinsicht gewährt, ist befugt, der Versicherungsgesellschaft, Daten an die zuständige IV-Stelle, Pensionskasse oder andere beteiligten Sozial- oder Privatversicherer sowie an spezialisierte, durch die Versicherungsgesellschaft beauftragte externe Case Manager zu übermitteln, um dadurch die Chance der Wiedereingliederung ins Berufsleben zu erhöhen. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | **Erfolgter Besuch** | | | **Grad** der Arbeitsunfähigkeit | Gültig ab | | Unterschrift des Arztes | | | |
| **Eintragungen des Arztes** | **Datum** | | **Zeit** |
|  |  | |  |  |  | |  | | | |
|  |  | |  |  |  | |  | | | |
|  |  | |  |  |  | |  | | | |
|  |  | |  |  |  | |  | | | |
|  |  | |  |  |  | |  | | | |
|  |  | |  |  |  | |  | | | |
|  |  | |  |  |  | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Ort, Datum** | **Unterschrift erkrankte Person** | | | | | **Stempel und Unterschrift**  **des behandelnden Arztes** | | | | |
|  |  | | | | |  | | | | |