

1. VERSICHERUNGSNEHMER

Name	Gesellschaft
Adresse	Policen-Nr
Telefon	Schaden-Nr.
Ansprechpartner	PC / Bank / IBAN-Nr.
E-Mail	

2. VERSICHERTE PERSON

Personal-Nummer	AHV-Nr.
Name / Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
PLZ / Ort	Adresse
Geburtsdatum	Telefon / Natel
Heimatort / Nationalität	Muttersprache
Quellensteuerpflichtig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, Zentr. Ausländerreg. ZAR-Nr.	

3. TÄTIGKEIT IM BETRIEB

Arbeitsverhältnis seit	<input type="checkbox"/> Unbefristet	<input type="checkbox"/> Befristet	<input type="checkbox"/> Gekündigt per
Ausgeübter Beruf	Erlerner Beruf		
Kurzbeschreibung der aktuellen beruflichen Tätigkeit			
Stellung	<input type="checkbox"/> Höheres Kader	<input type="checkbox"/> Mittleres Kader	<input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lernende/r
	<input type="checkbox"/> Aushilfe als		
Arbeitsort im Ausland	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Prozentuale Aufteilung	% stehend	% wechselnd	% sitzend
Körperliche Belastung	<input type="checkbox"/> Schwer	<input type="checkbox"/> Mittel	<input type="checkbox"/> Leicht
Belastet die Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Rücken	<input type="checkbox"/> Schultern	<input type="checkbox"/> Keine Belastung von Rücken und / oder Schulter
Müssen regelmässig Gewichte über 10 kg gehoben werden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja - Ca.	mal pro Tag

4. KRANKHEITSDATEN

Beginn der Arbeitsunfähigkeit	Voraussichtliche Dauer		
Ursache	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Mutterschaft	<input type="checkbox"/> Unfall Berufskrankheit
Hat der Patient schon früher an der gleichen Krankheit gelitten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja - Wann	
Art des Leidens			

Arztadressen

Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik
Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik

Krankheitsbedingte Absenzen während der letzten 12 Monate

Bis 1 Woche	mal	Bis 2 Wochen	mal	Länger als 2 Wochen	mal
-------------	-----	--------------	-----	---------------------	-----

Bemerkungen

Sind Ferien im Ausland geplant	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Von - bis
--------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------



Die Sichermacher

5. LOHNDATEN

Die versicherte Person hat die Arbeit verlassen	am	um		
Die versicherte Person hat die Arbeit wiederaufgenommen	Teilweise zu	%	am	um
Arbeitszeit des/der Verletzten je Woche	Stunden je Woche			<input type="checkbox"/> Unregelmässig
	Tage je Woche			<input type="checkbox"/> Unregelmässig
				<input type="checkbox"/> Kurzarbeit

Betriebsübliche Vollarbeitszeit	Stunden je Woche			
	CHF	pro Stunde	pro Monat	pro Jahr
Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulagen (brutto)				
Kinder- / Familienzulagen				
Ferien- / Feiertagsentschädigung	in % oder CHF			
Gratifikation / 13. Monatslohn (und weitere)	in % oder CHF			
andere Lohnzulagen (z.B Akord / Provision /				
Naturallohn / Schichtzulage) – Was				

Das Taggeld ist auszuzahlen an

Betrieb Versicherte Person

PC-Konto

Bank-Konto

Bankadresse

Andere Versicherungsleistungen

Hat der / die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei Krankenversicherung, SUVA oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, berufliche Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse

Nein Ja – Bei welcher Versicherung

Bei welcher Gesellschaft / Krankenkasse sind für die versicherte Person Heilungskosten versichert

6. BEMERKUNGEN

Der / die unterzeichnete Person ermächtigt die Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten und ist damit einverstanden, dass die Versicherungsgesellschaft die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte oder involvierte Versicherungsgesellschaften (Mit- oder Rückversicherer) im In- und Ausland weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt. Der / die Unterzeichnete darf ohne Einwilligung der Gesellschaft keine Schadenersatzansprüche anerkennen.

Ort und Datum Unterschrift Versicherungsnehmer

Bitte senden Sie das Formular entweder per Mail an info@vcw.ch oder per Post an Ihren VCW-Berater. VCW Versicherungs-Treuhand AG, Beratername, Bösch 37, 6331 Hünenberg. Dankeschön.

KONTROLLKARTE FÜR ARBEITSUNFÄHIGKEIT

7. VERSICHERUNGSNEHMER

Name	Gesellschaft
Adresse	Policen-Nr
Telefon	Schaden-Nr.
Ansprechpartner	PC / Bank / IBAN-Nr.
E-Mail	

8. VERSICHERTE PERSON

Personal-Nummer	AHV-Nr.
Name / Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
PLZ / Ort	Adresse
Geburtsdatum	Telefon / Natel
Heimatort / Nationalität	Muttersprache
Quellensteuerpflichtig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, Zentr. Ausländerreg. ZAR-Nr.	

Hinweis für die versicherte Person

Die Kontrollkarte bleibt bei der versicherten Person und ist der Ärztin / dem Arzt zur Eintragung der Arbeitsunfähigkeit vorzulegen. Die Kontrollkarte ist der Ärztin / dem Arzt bei jeder Konsultation zur Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit vorzulegen. Für die Leistungsabrechnung ist die Kontrollkarte dem Versicherer monatlich einzureichen. Nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit ist die Original-Kontrollkarte dem Versicherer einzusenden.

Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie den Versicherer, alle notwendigen Auskünfte von Ärztinnen / Ärzten zu verlangen, die Sie behandeln oder früher behandelt haben, sowie in die Akten der obligatorischen Unfallversicherung (UVG), der IV und anderer Versicherungen oder Krankenkassen Einsicht zu nehmen. Der Versicherer wird ihre Leistungen nur unter Vorbehalt einer Verrechnung mit allfälligen Leistungen der Invalidenversicherung ausrichten (direktes Rückforderungsrecht).

Ort und Datum Unterschrift Versicherungsnehmer

9. EINTRAGUNGEN DES ARZTES

Datum		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
und Zeit des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	Grad	Gültig ab	
* Evtl. Bemerkungen zur Teilarbeitsfähigkeit				
1)	% d.h.	Std./Tag zu	%	
2)	% d.h.	Std./Tag zu	%	
3)	% d.h.	Std./Tag zu	%	

Datum		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
und Zeit des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	Grad	Gültig ab	
Die ärztliche Behandlung endete am				
Stempel des Arztes				

Geht an: Versicherte Person Arbeitgeber Versicherer