

Krankheitsanzeige

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Policen-Nr.		
	_____		Kontaktperson (Name, Telefonnummer, E-Mail)			
	_____		Üblicher Arbeitsplatz des/der Versicherten (Betriebszweig)			
2. Versicherte Person	Name und Adresse mit Postleitzahl		Geburtsdatum	AHV-Nummer		
	_____		Tel.-Nr.	Staatsangehörigkeit		
	_____		Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre Anzahl <input type="checkbox"/> Keine		
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit		Berufliche Qualifikation		
4. Die Arbeit krankheitshalber verlassen am			um	Uhr		
5. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik			
	_____		_____			
	_____		_____			
6. Arbeitszeit	Tage je Woche	Stunden je Woche		Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden		
	_____	_____		_____		
7. Lohn			CHF pro	Std	Monat	Jahr
				①	②	③
	Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)					
	Ferien-/ Feiertagsentschädigung % oder					
	Kinder-/ Familienzulagen					
	Gratifikation / 13. Monatslohn % oder					
Andere Lohnzulagen (Art)						
8. Die Taggeldausszahlung ist auf folgendes Postcheck- oder Bankkonto zu überweisen:						
Name des Kontoinhabers _____						
<input type="checkbox"/>	Postcheck-Konto		Nr.: _____			
<input type="checkbox"/>	Bankkonto		Nr.: _____			
	Clearing-Nr./PC-Konto der Bank		_____			
	Name der Bank		_____			
	Ort		_____			
	Bankkonto		Nr.: _____			
9. Andere Sozialversicherungsleistungen	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? Wenn ja, wo?					
Ort und Datum		Firma und Unterschrift				

Krankheitsanzeige

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Policen-Nr.	
			Kontaktperson (Name, Telefonnummer, E-Mail)		
			Üblicher Arbeitsplatz des/der Versicherten (Betriebszweig)		
2. Versicherte Person	Name und Adresse mit Postleitzahl		Geburtsdatum	AHV-Nummer	
			Tel.-Nr.	Staatsangehörigkeit	
			Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre Anzahl <input type="checkbox"/> Keine	
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit		Berufliche Qualifikation	
4. Die Arbeit krankheitshalber verlassen am			um	Uhr	
5. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		
6. Arbeitszeit	Tage je Woche	Stunden je Woche	Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden		
7. Lohn	CHF pro		Std	Monat	Jahr
			①	②	③
Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)					
Ferien-/ Feiertagsentschädigung % oder					
Kinder-/ Familienzulagen					
Gratifikation / 13. Monatslohn % oder					
Andere Lohnzulagen (Art)					
8. Die Taggeldauszahlung ist auf folgendes Postcheck- oder Bankkonto zu überweisen:					
Name des Kontoinhabers					
<input type="checkbox"/>	Postcheck-Konto	Nr.:			
<input type="checkbox"/>	Bankkonto	Clearing-Nr./PC-Konto der Bank	Nr.:		
		Name der Bank			
		Ort			
		Bankkonto	Nr.:		
9. Andere Sozialversicherungsleistungen	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? Wenn ja, wo?				
Ort und Datum		Firma und Unterschrift			

Ärztliches Zeugnis ÖKK ist zur Geheimhaltung der Diagnose verpflichtet !

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Policen-Nr.
		Kontaktperson (Name, Telefonnummer, E-Mail)	
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Versicherten (Betriebszweig)	
2. Versicherte Person	Name und Adresse mit Postleitzahl	Geburtsdatum	AHV-Nummer
		Tel.-Nr.	Staatsangehörigkeit
		Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre Anzahl <input type="checkbox"/> Keine
3. Diagnose			
4. Beginn der Behandlung			
5. Arbeitsunfähigkeit			
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	_____ % seit _____
6. Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit			
7. Ist die jetzige Arbeitsunfähigkeit			
a) Folge einer Krankheit?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b) Folge eines Unfalls?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c) im Militärdienst entstanden?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
d) eine Berufskrankheit im Sinne des UVG?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
e) eine unfallähnliche Körperschädigung im Sinne des UVG?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
f) Folge einer Schwangerschaft?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Voraussichtlicher Geburtstermin:		_____	
8. Wurde die versicherte Person von Ihnen oder anderen Ärzten schon für die gleiche Krankheit oder den gleichen Unfall behandelt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		wann? _____	
9. Zur Weiterbehandlung überwiesen an (Spitaleinweisung, andere Ärzte usw.)?			

10. Ist mit einer bleibenden Gesundheitsschädigung zu rechnen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11. Bemerkungen			

Ort und Datum		Stempel und Unterschrift des Arztes	

Bitte das ärztliche Zeugnis ausgefüllt und unterschrieben innert 7 Tagen an ÖKK retournieren. Dadurch können Verzögerungen bei der Taggeldauszahlung an die versicherte Person, respektive an den/die Arbeitgeber/in vermieden werden.

