arc GROUP AG
Gesellschaftsunabhängige Versicherungs- & Finanzberatung
Zentralstrasse 120, Postfach
5430 Wettingen 2
056 631 80 20

arc ALL RISK CONSULTING

Schadennummer:

1. Arbeitgeber	.....	Telefon	Police-Nr.
	.....	Geburtsdatum	AHV-Nummer
2. Kranke/r	.....	Nationalität / Heimatort	Zivilstand
	.....	Arbeitsverhältnis ist ☐ **ungekündigt** ☐ **gekündigt**	Datum d. Künd. .....

3. Anstellung Datum der Anstellung / übliche Tätigkeit ..... ☐ **gelernt** ☐ **angelernt** ☐ **ungelernt** ☐ **Lehrling**

4. Körperliche Belastung
Bei der Arbeit ☐ **leicht** ☐ **mittel** ☐ **schwer**
Heben von Gewicht ☐ **Ja** Wieviel Kg? .....
Wie oft? ☐ **täglich** ☐ **wöchentlich** ☐ **selten**
Arbeit ☐ **sitzend** ☐ **stehend**

5. Ausländischer Arbeitnehmer
Aufenthaltsbewilligung ☐ **A** ☐ **B** ☐ **C**
Unterliegt d. Arbeitnehmer/in d. Quellensteuer? ☐ **Ja** ☐ **Nein**

Krank ab ..... **Letzter Arbeitstag:** .....

6. Arzt-adressen

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

7. Arbeitsunfähigkeit
☐ Ja ☐ **Mutterschaft**
☐ Nein zu: .....

8. Arbeitszeit des Verletzten
Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden: ..... Tage je Woche .....
Stunden je Woche .....
Arbeitseinsatz: ☐ **unregelmässig** ☐ **Kurzarbeit**

9. Lohn

CHF pro	Stunde	Tag	Monat	Jahr
Grundlohn (brutto)				
Teuerungszulage				
Akkord / Provision				
Kinder- / Familienzulage				
Ferien-/Feiertagsentschädigung				
Andere Lohnzulagen / Naturallohn				
Gratifikation / 13. Monatslohn				
Total				

Total: CHF .....

10. Überweisung an
PC-Konto .....
Bank ..... Clearing .....
Bank-Konto ..... PLZ / Ort .....

11. Andere sozialversicherungsleistungen
Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, SUVA oder anderen obligatorischen Unfallversicherungen, Invalidenversicherungen, Alters- und Hinterlassenschaftsversicherung, Militärversicherung oder Arbeitslosenkasse? ☐ **Ja** ☐ **Nein**
Wenn ja, wo?

Ort und Datum	Stempel und Unterschrift
Geht an: arc GROUP AG	

Ärztliches Zeugnis Krankentaggeldversicherung

Schadennummer:

1. Arbeitgeber	.....	Telefon	Police-Nr. .....
	.....	Geburtsdatum	AHV-Nummer .....
2. Kranke/r	.....	Nationalität / Heimatort	Zivilstand .....
	.....	Arbeitsverhältnis ist ☐ **ungekündigt** ☐ **gekündigt**	Datum d. Künd. .....
3. Anstellung	Datum der Anstellung / übliche Tätigkeit	☐ **gelernt** ☐ **angelernt** ☐ **ungelernt** ☐ **Lehrling**	

Krank ab .....

4. Beginn der Behandlung:

5. Ursache des Leidens? ☐ Krankheit ☐ Mutterschaft ☐ Unfall

6. a) Diagnose? .....

   b) Art der Behandlung? .....

   c) Wann und in welcher Weise hat sich das Leiden gemäss Patient/Patientin erstmals manifestiert? .....

   d) Stand der Patient/die Patientin wegen obigen Leidens schon früher in ärztlicher Behandlung?

   wenn ja, wann und bei wem? .....

   e) Haben frühere Krankheiten, Verletzungen oder Gebrechen auf das Leiden einen Einfluss? Wenn ja, inwiefern? .....

7. bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit

   a) funktionelle Schonung (Dispens) Art und voraussichtliche Dauer?

   Art: von: bis:

   b) zeitliche Schonung? Grad (Angabe in % der Arbeitszeit) und voraussichtliche Dauer?

   Grad: von: bis:

   c) Behindern andere Ursachen (z.B. Therapie) oder medizinische Gründe (z.B. Arbeitsweg) die Wiederaufnahme der Arbeit?

   ☐ Ja ☐ Nein Grund: Unfang:

8. Sind spitalärztlliche Untersuchungen nötig oder finden Spital-/Kuraufenthalte statt? ☐ Ja ☐ Nein

   Wenn ja, welche und bei wem?

9. Gilt dieses Zeugnis als Schlusszeugnis? ☐ Ja ☐ Nein

   Wenn Nein, wann erwarten Sie das nächste Zeugnis ☐ in 4 Wochen ☐ in 3 Monaten in Wochen

10. Bemerkungen:

Heilkosten sind nicht versichert!!!

Ort und Datum	Stempel und Unterschrift
Geht an: arc GROUP AG	

Schadennummer:

Krankenkarte

1. Arbeitgeber .....

.....

.....

Telefon .....

Geburtsdatum .....

Police-Nr. .....

AHV-Nummer .....

2. Kranke/r .....

.....

.....

Krank ab .....

Hinweis für den Verletzten

Wir bitten Sie, die **Schadennummer** – die auf jeder Zuschrift der Versicherung erwähnt ist – auf die Krankenkarte zu übertragen sowie bei Anfragen immer anzugeben.

Diese Krankenkarte bleibt während der Dauer der Genesung in Ihren Händen; sie ist dem Arzt bei jedem Besuch vorzulegen und nach Abschluss der Behandlung dem Arbeitgeber abzugeben. Dieser Schein gilt nicht als Anerkennung einer Leistungspflicht. Bei länger dauernder Arbeitsunfähigkeit sollten Sie uns die Karte monatlich oder auf Verlangen einreichen, damit wir die Taggeldzahlung vornehmen können.

Eine Arbeitsunfähigkeit wird durch den Arzt auf der Krankenkarte eingetragen. Teilarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten, es sei denn, der Arzt schreibe aus medizinischen Gründen etwas anderes vor (siehe Kasten unten links).*

Anspruch auf Taggeld aus der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung besteht, wenn der Versicherte ganz oder teilweise ausserstande ist, seinen Beruf oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben.

Eintragungen des Arztes

Datum		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
und Zeit des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	Grad	gültig ab	
		%		
		%		
		%		
		%		
		%		
		%		
		%		
		%		
		%		
		%		

* Evtl. Bemerkungen zur Teilzeitsarbeitsfähigkeit				
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 endigte am

Stempel und Unterschrift des Arztes:

Geht an:

Verletzter -> Arbeitgeber -> arc GROUP AG

Formulardaten via Email senden

Dokument drucken