

Police-Nr. 13.608.389

Mitglied-Nummer: \_\_\_\_\_

**1. Arbeitgeber**

Name \_\_\_\_\_ Strasse \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_ Post-/Bankkonto-Nr. \_\_\_\_\_

**2. Erkrankte Person**

Herr  Frau

Name und Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ AHV-Nummer \_\_\_\_\_  
 Strasse \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_ Telefon (privat) \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_ Post-/Bankkonto-Nr. \_\_\_\_\_

Üblicher Arbeitsplatz der erkrankten Person (Betriebszweig) \_\_\_\_\_ Ist die erkrankte Person quellensteuerpflichtig?  
 Betrieb  Technik  Verkauf  Büro  Ja  Nein

**3. Anstellung**

Datum der Anstellung  Übliche berufliche Tätigkeit   
 höheres Kader  mittleres Kader  gelernt  angelernt  
 Vertreter  Praktikant  Lehrling  ungelernt

Das Arbeitsverhältnis ist  ungekündigt  aufgelöst per

Beschäftigungsgrad:

**4. Ereignis**

Krankheit  Mutterschaft  Berufsunfall  
 Nichtberufsunfall  Schwangerschaft/Beschwerden  EO Leistungen (Militär, Mutterschaft)

**5. Absenzart**

Rückenleiden  Andere Knochenleiden  Schwangerschaftsbeschwerden  
 Grippe / Erkältung  Magen-/Darmbeschwerden  Herz-/Kreislaufbeschwerden  
 Zahnbeschwerden  Unfall  Andere  
 Psychische Erkrankungen  Militärdienst  Zivildienst

**6. Arbeitsunfähigkeit**

Wann wurde die Arbeit niedergelegt? Tag  Zeit

Falls die Arbeit wieder aufgenommen werden kann, wann?   ganz  teilw. zu %

**7. Arztadressen**

Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik

Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik

## 8. Arbeitszeit der erkrankten Person

Tage je Woche

Stunden je Woche

Betriebsübliche Arbeitsstunden je Woche

Arbeitseinsatz:

- Unregelmässig  
 Kurzarbeit  
 Saisonnier

## 9. Lohn

Grundsätzlich gilt als Basis der AHV-pflichtige Lohn CHF pro

Barlohn

Grundlohn (brutto)

Teuerungszulage

Akkord / Provision

Ferien- / Feiertagsentschädigung  % oder

Andere Lohnzulagen (Art)

Gratifikation / 13. Monatslohn  % oder

Naturallohn

Art:

|  | Std. | Tag | Monat | Jahr |
|--|------|-----|-------|------|
|  |      |     |       |      |
|  |      |     |       |      |
|  |      |     |       |      |
|  |      |     |       |      |
|  |      |     |       |      |
|  |      |     |       |      |
|  |      |     |       |      |

## 10. Andere Versicherungen

Bezieht die versicherte Person ein Taggeld oder eine Rente?

Ja  Nein

Wenn ja, bei wem?

**Einholung von Akten:** Die unterzeichnete Person ermächtigt mit ihrer Unterschrift die behandelnden Ärzte, Spitäler, öffentlich- und privatrechtliche Versicherungsträger (wie Unfallversicherer, Krankenkasse, Krankentaggeldversicherer, IV, ect.) und weitere bezeichnete Drittpersonen, der Zürich Versicherungs-Gesellschaft (resp. Simulac), bzw. deren medizinischen Dienst alle im Zusammenhang mit diesem Leistungsfall und der Schadenabwicklung erforderlichen Auskünfte zu erteilen und entbinden zu diesem Zweck diese Personen ausdrücklich von der Geheimhaltungspflicht. Dazu gehören insbesondere Auskünfte über den gegenwärtigen und früheren Gesundheitszustand. **Amtliche Akten:** Ferner wird die Zürich (Simulac) ermächtigt, bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche und gerichtliche Akten Einsicht zu nehmen. **Bearbeitung und Weiterleitung von Akten:** Die unterzeichnete Person ermächtigt die Zürich (Simulac) Versicherungs-Gesellschaft, Daten, die sich aus der Schadenabwicklung ergeben, zu bearbeiten und im erforderlichen Umfang, im Hinblick auf die Prüfung des Anspruchs auf Leistungen, an die am Ereignis beteiligten öffentlich- und privatrechtlichen Versicherungsträger (wie Unfallversicherer, Krankenkasse, Krankentaggeldversicherer, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen und Haftpflichtversicherer ect.) und an beigezogene externe Gutachter und Experten im In- und Ausland zu übermitteln. Diese Einwilligung gilt unabhängig von der Übernahme des Schadenfalles. Die unterzeichnete Person hat das Recht, über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten Auskunft zu verlangen (Art. 8 Datenschutzgesetz) und kann diese Ermächtigung jederzeit widerrufen.

Ort, Datum:

Unterschrift der Versicherungsnehmerin/des Versicherungsnehmers

Unterschrift der erkrankten Person

Bitte einsenden an: Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG  
c/o AHV-Kasse Simulac  
Abteilung Krankentaggeld  
Wytenbachstrasse 24  
Postfach, 3000 Bern 22  
Tel. 031 340 61 61

Wenn die Leistungsmeldung elektronisch eingereicht wurde, muss das Originaldokument zwingend aufbewahrt werden!