



Krankheitsanzeige							
Gesellschaft:				Policen-Nr.			
Korrespondenzadresse		Ö@:		Davos		Öä^) ä	
MARC AG		Tel. 081 307 88 88		Tel. 081 307 88 70		Tel. 081 307 88 70	
Versicherungen Makler & Services		Fax 081 307 88 85		Fax 081 307 88 71		Fax 081 307 88 71	
		&@!@marc-ag.ch		davos@marc-ag.ch		ää^) ä@marc-ag.ch	
1. Arbeitgeber/in (Name und Adresse)				Telefon			
2. Versicherte Person (Name und Adresse)				Geburtsdatum			
				Nationalität Aufenthaltsbewilligung			
				Früherer Arbeitgeber			
3. Anstellung		In der Firma seit:		Tag		Monat	
						Jahr	
4. Stellung der versicherten Person im Betrieb							
5. Die Arbeit krankheitshalber verlassen am							
um							
Uhr							
6. Arztadressen				Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik			
				Nachbehandelnder Arzt			
7. Arbeitszeit		Tag je Woche		Stunde je Woche		Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden	
8. Lohn		CHF pro		Std.		Tag	
				Monat		Jahr	
Grundlohn (brutto)							
Ferienentschädigung		% oder					
Feiertagsentschädigung		% oder					
Andere Lohnzulagen (Art)							
Gratifikation / 13. Monatslohn		% oder					
9. Die Taggeldauszahlung ist auf folgendes Postcheck- oder Bankkonto zu überweisen:							
<input type="checkbox"/> Postcheck-Konto		Nr.					
<input type="checkbox"/> Bankkonto		PC-Konto der Bank		Nr.			
		Name der Bank					
		Ort					
		Bankkonto		Nr.			

Ort und Datum

Unterschrift
(bei Weiterleitung via E-Mail Unterschrift nicht notwendig)

Exemplar für Versicherungsgesellschaft

MARC AG

Versicherungen | Makler & Services



Ärztliches Zeugnis Die Versicherungsgesellschaft ist zur Geheimhaltung der Diagnose verpflichtet!													
Gesellschaft:	Policen-Nr.												
Korrespondenzadresse MARC AG Versicherungen Makler & Services	<table border="0"> <tr> <td>Ö@:</td> <td>Davos</td> <td>Öä^) ä</td> </tr> <tr> <td>Tel. 081 307 88 88</td> <td>Tel. 081 307 88 70</td> <td>Tel. 081 307 88 70</td> </tr> <tr> <td>Fax 081 307 88 85</td> <td>Fax 081 307 88 71</td> <td>Fax 081 307 88 71</td> </tr> <tr> <td>&@!@marc-ag.ch</td> <td>davos@marc-ag.ch</td> <td>ää^) ä@marc-ag.ch</td> </tr> </table>	Ö@:	Davos	Öä^) ä	Tel. 081 307 88 88	Tel. 081 307 88 70	Tel. 081 307 88 70	Fax 081 307 88 85	Fax 081 307 88 71	Fax 081 307 88 71	&@!@marc-ag.ch	davos@marc-ag.ch	ää^) ä@marc-ag.ch
Ö@:	Davos	Öä^) ä											
Tel. 081 307 88 88	Tel. 081 307 88 70	Tel. 081 307 88 70											
Fax 081 307 88 85	Fax 081 307 88 71	Fax 081 307 88 71											
&@!@marc-ag.ch	davos@marc-ag.ch	ää^) ä@marc-ag.ch											
1. Arbeitgeber/in (Name und Adresse)	Telefon												
2. Versicherte Person (Name und Adresse)	<table border="0"> <tr> <td>Geburtsdatum</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nationalität</td> <td>Aufenthaltsbewilligung</td> </tr> <tr> <td>Früherer Arbeitgeber</td> <td></td> </tr> </table>	Geburtsdatum		Nationalität	Aufenthaltsbewilligung	Früherer Arbeitgeber							
Geburtsdatum													
Nationalität	Aufenthaltsbewilligung												
Früherer Arbeitgeber													
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 Unfalles?	<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) Folge einer Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein												
Voraussichtlicher Geburtstermin:													
8. Wurde die versicherte Person von Ihnen oder anderen Ärzten schon <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein für die gleiche Krankheit oder den gleichen Unfall behandelt? 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

Unterschrift des Arztes

Geht an:

Erstbehandelnden Arzt



Versicherungsgesellschaft

MARC AG

Versicherungen | Makler & Services