

z. H. des behandelnden Arztes

CBO/bst

**Chubb Versicherungen (Schweiz) AG – Versicherungspolice Krankentaggeldversicherung für Mitarbeitende**

Sehr geehrte(r) Herr/Frau Dr.

auf Anfrage unserer bevollmächtigten Vertreterin, der Versicherungsgesellschaft Chubb Versicherungen (Schweiz) AG, bitten wir Sie, uns baldmöglichst die folgenden zusätzlichen Informationen zukommen zu lassen:

- Eine ausführliche und **maschinell ausgestellte** ärztliche Bescheinigung, der die Gründe der Krankschreibung zu entnehmen sind (Diagnose, Art, Dauer und Fortgang der Behandlung sowie die Prognose, insbesondere hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit).
- Voraussichtliches Datum der Wiederaufnahme der Arbeit.

Nach Erhalt dieser Auskünfte wird die Versicherungsgesellschaft Chubb Versicherungen (Schweiz) AG die Versicherungsleistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen zu können.

Bitte senden Sie Ihre Rechnung an unsere im Folgenden angegebene Adresse.

Im Voraus vielen Dank für Ihre Unterstützung in dieser Angelegenheit.

Mit freundlichen Grüßen

Boss Insurance Services SA

i. A. 

Cédric Boss

**Bevollmächtigung zur Erteilung von Auskünften**

Mit der Geltendmachung seines Leistungsanspruchs und der Unterzeichnung dieses Formulars bevollmächtigt der Versicherte oder sein(e) Vertreter(in) den behandelnden Arzt, der Versicherungsgesellschaft Chubb Versicherungen (Schweiz) AG oder deren medizinischen Dienst oder Vertreter alle für die Prüfung des Leistungsanspruchs erforderlichen Informationen und Unterlagen zu übermitteln.

Diese Vollmacht kann jederzeit widerrufen werden. Mit seiner/ihrer Unterschrift erteilt der/die Unterzeichnete die Vollmacht uneingeschränkt für die gesamte Dauer der Anspruchsprüfung.

Vor- und Nachname:

Schadennr. (bitte frei lassen):

Policenr.:

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Krankheitsanzeige Kollektive Krankenversicherung

<b>Arbeitgeber</b>	<b>Schadennr.</b> (bitte frei lassen)
Name:	Policennr.:
Strasse:	Versicherte Personengruppe:
PLZ / Ort:	Tel.:

<b>Versicherte Person</b>	
Nachname, Vorname:	Beruf:
Geburtsdatum:	Zivilstand:
AHV-Nr.:	Telefonnummer:
Strasse:	PLZ / Ort:
Datum des Eintritts in das Unternehmen:	Krankheitsbedingte Arbeitseinstellung seit dem:
Um welche Art der Erkrankung handelt es sich?	Halten Sie eine Nachkontrolle des Patienten für erforderlich?
Im Falle einer Schwangerschaft: voraussichtliches Entbindungsdatum:	
Wurde der Arbeitsvertrag gekündigt?	Wenn ja, zu welchem Datum?
Name und Anschrift des behandelnden Arztes: Vorname, Name: Strasse: PLZ / Ort:	

<b>Bruttolohn</b>	<b>Lohn inklusive 13. Monatslohn</b>
Jahreslohn inklusive 13. Monatslohn	

<b>Sonstige Versicherungsleistungen</b>	
<p>Bezieht der Versicherte bereits Taggelder oder Renten von: einer Krankenkasse, der SUVA oder einer anderen obligatorischen Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenversicherung?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wenn Ja, von welchen?</p> <p>Werden in Bezug auf die Erkrankung bereits Leistungen aus anderen bei Chubb abgeschlossenen Policen ausgezahlt?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wenn Ja, Policennr.:</p>	
<b>WICHTIGER HINWEIS: Die Akte kann nur bearbeitet werden, wenn die ärztlichen Bescheinigungen, ein ausführlicher Bericht des behandelnden Arztes und die von der versicherten Person unterschriebene Vollmacht vorliegen.</b>	
<b>Auszahlung der Taggelder</b>	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber
<b>Postkonto-Nr.:</b>	<b>Bankkonto-Nr.:</b>
Kontoinhaber:	Kontoinhaber:
Postkonto-Nr.:	Name der Bank:
	PLZ / Ort der Bank:
	Kontonr.:
	Clearing-Nr.:
	IBAN-Nr.:
	BIC (Swift)-Code:

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift: