

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  
Saisonier

## 9. Lohn

| Grundsätzlich gilt als Basis der AHV-pflichtige Lohn |                                  | CHF pro | Std. | Tag | Monat | Jahr |
|--|----------------------------------|---------|------|-----|-------|------|
| Barlohn  | Grundlohn (brutto)               |         |      |     |       |      |
|  | Teuerungszulage                  |         |      |     |       |      |
|  | Akkord / Provision               |         |      |     |       |      |
|  | Ferien- / Feiertagsentschädigung | % oder  |      |     |       |      |
|  | Andere Lohnzulagen (Art)         |         |      |     |       |      |
|  | Gratifikation / 13. Monatslohn   | % oder  |      |     |       |      |
| Naturallohn  | Art:                             |         |      |     |       |      |

## 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. IMOREK), 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 (IMOREK) 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 (IMOREK) 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: **AHV-Kasse IMOREK**  
**Abteilung Krankentaggeld**  
**Wytenbachstrasse 24**  
**Postfach, 3000 Bern 22**  
**Tel.: 031 384 31 11**  
**Fax: 031 340 60 00**

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