

# Kollektive Krankentaggeldversicherung

## Krankmeldung/Geburtenmeldung

Gesellschaft

Police-Nr.

## Versicherungsnehmer

Name/Firma

Betrieb

Strasse

PLZ/Ort

Tel. G.

Mobil

Fax

E-Mail

PC- oder Bankkonto

Bank/Filiale in

MWST-pflichtig

nein

ja

MWST-Nr.

## Versicherte Person

Name/Vorname

Geburtsdatum

Zivilstand

AHV-Nr.

Strasse

PLZ/Ort

Tel. G.

Mobil

Tel. P.

Mobil

PC- oder Bankkonto

Bank/Filiale in

Beschäftigt als (Berufsbezeichnung und Beschreibung der Tätigkeit)

Angestellt seit

Körperliche Belastung bei der Arbeit

leicht

mittel

schwer

Heben von Gewichten

wieviel kg?

Wie oft?

mal täglich

wöchentlich

selten

Arbeit sitzend

stehend

sitzend/stehend

Quellensteuer-pflichtig

nein

ja

## Krankheit (Geburtenmeldung siehe Seite 2)

Art der Krankheit

Voraussichtliche Dauer

Ist Arbeitsunfähigkeit eingetreten?

nein

ja

Seit wann?

teilweise

ganz

Wurde die Arbeit schon wieder aufgenommen?

nein

ja

Wenn ja, wann?

## Arzt

Behandelnder Arzt

Name/Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Beginn der ärztlichen Behandlung

Hat der Patient schon früher an der gleichen Krankheit gelitten?

nein

ja

Wann?

Wer war damals behandelnder Arzt?

**Arbeitszeit der versicherten Person**

Arbeitszeit Tage je Woche _____	Arbeitseinsatz _____
Stunden je Woche _____	<input type="checkbox"/> unregelmässig _____
Stunden je Tag _____	Wenn ja, wie? _____
Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden _____	<input type="checkbox"/> Kurzarbeit _____

**Geburtenmeldung**

(Voraussichtlicher) Geburtstermin \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt \_\_\_\_\_

**Lohn der versicherten Person**

Fester Lohn gemäss Police in CHF _____				
Massgebender Lohn _____ CHF pro	Std.	Tag	Monat	Jahr
Barlohn Grundlohn (AHV-Lohn) _____				
Teuerungszulage _____				
Akkord/Provision _____				
Kinder-/Familienzulagen _____				
Ferien-/Feiertagsentschädigung _____ % oder				
Andere Lohnzulagen (Art.) _____				
Gratifikation/ 13. Monatslohn _____ % oder				
Naturallohn Art _____				
Total _____				

**Andere Versicherungen**

Bestehen noch andere Versicherungen (z. B. Krankenkasse) \_\_\_\_\_

nein  ja

Gesellschaft \_\_\_\_\_

Police-Nr. \_\_\_\_\_

Er ermächtigt die Gesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG- Versicherers. Er ist ferner damit einverstanden, dass die Gesellschaft die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

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

Unterschrift der versicherten Person (sofern nicht identisch mit Versicherungsnehmer) \_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherungsnehmers \_\_\_\_\_

