

Kollektive Krankentaggeldversicherung



Bitte oberhalb nicht ausfüllen!

1. Krankmeldung/Geburtenmeldung

Gesellschaft:

Police-Nr.:

2. Versicherungsnehmer

Name/Firma:

Fax:

Kontaktperson:

IBAN-Nr.:

Strasse:

Bank/Filiale:

PLZ/Ort:

Mobil:

Tel.:

E-Mail:

3. Versicherte Person

weiblich

männlich

Name:

Beschäftigt als: (Berufsbezeichnung und Beschreibung der Tätigkeit)

Vorname:

Geburtsdatum:

AHV-Nr.:

Strasse:

PLZ/Ort:

Tel. G.:

Erlerner Beruf:

Tel. P.:

Körperliche Belastung bei der Arbeit:

IBAN-Nr.:

leicht mittel schwer

Bank/Filiale in:

Heben von Gewichten wieviel kg?

Sprache:

Wie oft? mal täglich wöchentlich selten

Angestellt seit:

Arbeit sitzend stehend sitzend/stehend

Arbeitsverhältnis:

unbefristet

Quellensteuer-pflichtig:

Ja

Nein

befristet bis

gekündigt per:

Sonderfälle
gelernt

Familienmitglied
angelern

Gesellschafter
selbständig

freiwillig Versicherter
ungelernt Lehrling

Saisonnier

Quellsteuerpflichtig

Weiterer Arbeitgeber:

Pensum:

4. Krankheit (Geburtenmeldung siehe Seite 2)

Art der Krankheit:

Voraussichtliche Dauer:

Ist Arbeitsunfähigkeit eingetreten?

Ja

Nein

Wurde die Arbeit schon wieder aufgenommen?

Ja

Nein

Seit wann:

teilweise

ganz

Wenn ja, wann?

Sind Ferien geplant?

Nein

Ja – von/bis

5. Arzt

Arztzeugnis vorhanden, liegt bei

Arztzeugnis noch nicht vorhanden

Behandelnder Arzt:

Beginn der ärztlichen Behandlung:

Name:

Vorname:

Hat der Patient schon früher an der gleichen Krankheit gelitten?

Strasse:

Ja Nein Wann?

PLZ, Ort:

Wer war damals behandelnder Arzt?

6. Arbeitszeit der versicherten Person

Tage je Woche:	Arbeitseinsatz
Stunden je Woche:	unregelmässig (bitte Lohnjournal der letzten 12 Monate beilegen)
Stunden je Tag:	Kurzarbeit
Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden:	

7. Geburtenmeldung

Voraussichtlicher Geburtstermin:

8. Lohn der versicherten Person

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

9. Andere Sozialversicherungen

Bestehen noch andere Versicherungen (z. B. Krankenkasse)?	Ja	Nein
Gesellschaft:	Police-Nr.:	

Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenversicherung, obligatorischer Unfallversicherung, AHV/IV, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse? Wenn ja, wo?

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, Datum:	Unterschrift der versicherten Person: (sofern nicht identisch mit Versicherungsnehmer)	Unterschrift des Versicherungsnehmers:
-------------	---	--

.....

