

## Kollektive Krankentaggeldversicherung

Krankenmeldung/Geburtenmeldung

Versicherungs-Gesellschaft

Police-Nr.

### Versicherungsnehmer

Name/Firma

PC- oder Bankkonto

Betrieb

Bank/Filiale in

Strasse

MWST-pflichtig

nein

ja

PLZ/Ort

MWST-Nr.

(leer lassen)

Tel. G.

Mobil

Fax

E-Mail

### Versicherte Person

Name/Vorname

Beschäftigt als (Berufsbezeichnung und Beschreibung der Tätigkeit)

Geburtsdatum

Zivilstand

AHV-Nr.

Strasse

PLZ/Ort

Tel. G.

Mobil

Angestellt seit

Tel. P.

Mobil

Körperliche Belastung bei der Arbeit

PC- oder Bankkonto

leicht

mittel

schwer

Bank/Filiale in

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

Wurde die Arbeit schon wieder aufgenommen?

Seit wann?

teilweise

ganz

nein

ja

Wenn ja, wann?

### Arzt

Behandelnder Arzt

Beginn der ärztlichen Behandlung

Name/Vorname

(leer lassen)

Strasse

Hat der Patient schon früher an der gleichen Krankheit gelitten?

PLZ/Ort

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 \_\_\_\_\_