



Kollektive Krankentaggeldversicherung

Versicherungstreuhand Poles & Partner AG

Krankenmeldung/Geburtenmeldung

Gesellschaft

Police-Nr.

Versicherungsnehmer

Name/Vorname

PC- oder IBAN

Firma

Bank/Filiale in

Beruf/Betrieb

MWST-pflichtig nein ja

Strasse

MWST-Nr.

PLZ/Ort

Tel. 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 IBAN

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

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)	Gesellschaft
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	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
_____	_____	_____

