

Kollektive Krankentaggeldversicherung

Krankenmeldung/Geburtenmeldung

Gesellschaft

Police-Nr.

Versicherungsnehmer

Name/Vorname		PC- oder IBAN
Firma		Bank/Filiale in
Beruf/Betrieb		MWST-pflichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer
Bank/Filiale in		<input type="checkbox"/> Heben von Gewichten wieviel kg?
		Wie oft? <input type="checkbox"/> mal täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> selten
		<input type="checkbox"/> Arbeit sitzend <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> sitzend/stehend
		Quellensteuer-pflichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Krankheit (Geburtenmeldung siehe Seite 2)

Art der Krankheit	Voraussichtliche Dauer
Ist Arbeitsunfähigkeit eingetreten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wurde die Arbeit schon wieder aufgenommen?
Seit wann? <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> ganz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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 _____				
Barlohn Grundlohn (AHV-Lohn) _____	Std.	Tag	Monat	Jahr
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 _____

Kollektiv-Taggeld-Karte

Gesellschaft

Police-Nr.

Versicherungsnehmer

Name/Vorname _____

Firma _____

Beruf/Betrieb _____

Strasse _____ PLZ/Ort _____

Tel. _____ Mobil _____

Fax _____ E-Mail _____

PC- oder IBAN _____

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 IBAN _____

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

Eintragungen des Arztes

Datum und Zeit des nächsten Besuches	Datum des erfolgten Besuches	Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
		Grad	Gültig ab	
* Evtl. Bemerkungen zur Teilarbeitsfähigkeit				
1)	% d.h.	Std./Tag zu	%	
2)	% d.h.	Std./Tag zu	%	
3)	% d.h.	Std./Tag zu	%	

Datum und Zeit des nächsten Besuches	Datum des erfolgten Besuches	Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
		Grad	Gültig ab	
Die ärztliche Behandlung endete am				

Stempel des Arztes