

Krankmeldung / Geburtenmeldung Kollektive Krankentaggeldversicherung

Schadennummer	<input type="text"/>	Policennummer	<input type="text"/>
Versicherer	<input type="text"/>	Kontakt	<input type="text"/>

Versicherungsnehmer

Firma	<input type="text"/>	Kontaktperson	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Telefon / Mobile	<input type="text"/> <input type="text"/>
		E-Mail	<input type="text"/>
		IBAN	<input type="text"/>

Versicherte Person

Name	<input type="text"/>	m	w	Telefon / Mobile	<input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>			E-Mail	<input type="text"/>
				Zivilstand / Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>			Nationalität / Bewilligung	<input type="text"/> <input type="text"/>
				AHV-Nummer	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>			Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J.	nein <input type="checkbox"/> ja, Anz. <input type="checkbox"/>

Anstellung

Ausgeübter Beruf	<input type="text"/>	Anstellungsverhältnis	gekündigt <input type="checkbox"/>	ungekündigt <input type="checkbox"/>
Tätigkeit	<input type="text"/>	Angestellt seit	<input type="text"/>	Beschäftigungsgrad <input type="text"/> %
Betriebsübliche Arbeitszeit	<input type="text"/> Std. / Woche	Ø Arbeitszeit des Verletzten	<input type="text"/> Std. / Woche	<input type="text"/> Tg. / Woche <input type="checkbox"/> unregelm. Einsatz <input type="checkbox"/>

Krankheit / Geburtenmeldung

Art der Krankheit	<input type="text"/>	Erkrankungsdatum	<input type="text"/>
Ist Arbeitsunfähigkeit eingetreten?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	seit wann	<input type="text"/> teilweise <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/>
Wurde die Arbeit schon wieder aufgenommen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	seit wann	<input type="text"/> voraussichtl. Arbeitsbeginn <input type="text"/>

Geburtenmeldung voraussichtlicher Geburtstermin

Arzt

Behandelnder Arzt	<input type="text"/>	Telefon / Mobile	<input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	E-Mail <input type="text"/>	

Lohn

Barlohn

	CHF / Std.	CHF / Tag	CHF / Monat	CHF / Jahr
Grundlohn (brutto)				
Kinder- / Familienzulagen				
Andere Lohnzulagen, Art:				
Gratifikation / 13. Monatslohn (% oder CHF)				

Quellensteuerpflichtig ja nein

Sonderfälle

Familienmitglied Gesellschafter freiwillig Versicherter Saisonnier

weitere Arbeitgeber

andere Leistungen

Bestehen noch andere Versicherung (z. Bsp. Krankenkasse, IV, SUVA, BVG)

nein ja

Versicherer / Policennummer

Ergänzungen:

Die Unterzeichneten ermächtigen den Versicherungsmakler, bzw. die Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG-Versicherers. Sie sind ferner damit einverstanden, dass der Versicherungsmakler, bzw. die Versicherungsgesellschaft, die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Schadenanzeige ohne Unterschrift

Unterschrift

Ort und Datum

Krankentag Kontrolle

vom behandelnden Arzt auszufüllen

Schadennummer Versicherer / Policennummer

Versicherungsnehmer

Firma Kontaktperson
 Adresse Telefon / Mobile
 E-Mail
 IBAN

Versicherte Person

Name m w Telefon / Mobile
 Adresse E-Mail
 Zivilstand / Geburtsdatum
 Nationalität / Bewilligung
 IBAN AHV-Nummer
 Krankenkasse Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J. nein ja, Anz.

Krankheit

Art der Krankheit Erkrankungsdatum

Arzt

Behandelnder Arzt Beginn der Behandlung

Informationen für die erkrankte Person

Diese Krankentag-Kontrolle bleibt während der Dauer der Genesung in Ihren Händen, sie ist dem Arzt bei jedem Besuch vorzulegen und nach Abschluss der Behandlung dem Arbeitgeber abzugeben. Bei einem allfälligen Arztwechsel setzen Sie sich bitte unverzüglich mit der Versicherung in Verbindung.
 Eine Arbeitsunfähigkeit wird durch den Arzt auf der Krankentag-Kontrolle eingetragen. Teilarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten, es sei denn, der Arzt schreibe aus medizinischen Gründen etwas anderes vor.

Eintragungen des Arztes

Datum und Zeit		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	Grad	gültig ab	

Datum und Zeit		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	Grad	gültig ab	

Die ärztliche Behandlung endigte am:

Ort und Datum

Unterschrift des Arztes