

Krankmeldung / Geburtenmeldung Kollektive Krankentaggeldversicherung

Schadennummer Policennummer / Vers.

Versicherungsnehmer

Firma Telefon G / Telefon P
 Korrespondenzadresse Mobile / Fax
 E-Mail
 PC- oder Bankkonto
 IBAN
 Kontaktperson / Funktion MWST-pflichtig ja nein
 erreichbar MWST-Nummer

Versicherte Person

Vorname, Name Geburtsdatum / AHV-Nr.
 Strasse, Nr. Zivilstand
 PLZ und Ort PC- oder Bankkonto
 Telefon / E-Mail IBAN
 Quellensteuer-pflichtig ja nein

Anstellung

Beschäftigt als Angestellt seit
 Tätigkeit unregelm. Einsatz Beschäftigungsgrad %
 Betriebsübliche Arbeitszeit Std. / Woche Ø Arbeitszeit Std. / Woche Ø Arbeitszeit Tg. / Woche
 Körperliche Belastung bei der Arbeit nein leicht mittel schwer Art
 Arbeit sitzend stehend sitzend/stehend
 Heben von Gewichten kg mal täglich mal wöchentlich selten

Krankheit

Art der Krankheit Erkrankungsdatum
 Ist Arbeitsunfähigkeit eingetreten? ja nein seit wann teilweise ganz
 Wurde die Arbeit schon wieder aufgenommen? ja nein seit wann
 voraussichtl. Arbeitsbeginn

Geburtenmeldung

Behandelnder Arzt voraussichtlicher Geburtstermin

Arzt

Behandelnder Arzt Strasse, Nr.
 PLZ und Ort Telefon / E-Mail

Beginn der Behandlung

Hat der Patient schon früher an der gleichen Krankheit gelitten? nein ja, wann Dazumal behandelnder Arzt

Lohn

Barlohn

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

Naturallohn

Art 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/Policennr.

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.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person
(sofern nicht indentisch mit dem VN)

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Krankentag-Kontrolle

Schadennummer Policennummer / Vers.

Versicherungsnehmer

Firma Telefon G / Telefon P
 Korrespondenzadresse Mobile / Fax
 E-Mail
 PC- oder Bankkonto
 IBAN
 Kontaktperson / Funktion MWST-pflichtig ja nein
 erreichbar MWST-Nummer

Versicherte Person

Vorname, Name Geburtsdatum / AHV-Nr.
 Strasse, Nr. Zivilstand
 PLZ und Ort PC- oder Bankkonto
 Telefon / E-Mail IBAN
 Quellensteuer-pflichtig ja nein

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. Dieser Schein gilt nicht als Anerkennung einer Leistungspflicht.

Arztwechsel. Bei einem allfälligen Arztwechsel wollen Sie sich unverzüglich mit der Versicherung in Verbindung setzen.

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: