

Kollektive Krankentaggeldversicherung

Krankenmeldung/Geburtenmeldung

Police-Nr.

Versicherungsnehmer

Name/Firma		PC- oder Bankkonto	
Betrieb		Bank/Filiale in	
Strasse		MWST-pflichtig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
PLZ/Ort		MWST-Nr.	
Tel. G.	Mobil	<input type="text"/> (leer lassen)	
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		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer	
Bank/Filiale in		<input type="checkbox"/> Heben von Gewichten <input type="checkbox"/> 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"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

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"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		Wenn ja, wann?	

Arzt

Behandelnder Arzt		Beginn der ärztlichen Behandlung	
Name/Vorname		<input type="text"/> (leer lassen)	
Strasse		Hat der Patient schon früher an der gleichen Krankheit gelitten?	
PLZ/Ort		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		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 den Versicherer zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG- Versicherers. Er ist ferner damit einverstanden, dass der Versicherer 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 _____
---------------------	--	---