



## Krankmeldung / Geburtenmeldung Kollektive Krankentaggeldversicherung

Schadensnummer  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

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

### 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**

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

Naturallohn Art  Quellensteuerpflichtig  ja  nein

**Sonderfälle**  Familienmitglied  Gesellschafter  freiwillig Versicherter  Saisonier

**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

<b>Schadennummer</b>		<b>Policennummer / Vers.</b>		
----------------------	--	------------------------------	--	--

### Versicherungsnehmer

Firma		Telefon G / Telefon P		
Korrespondenzadresse		Mobile / Fax		
		E-Mail		
		PC- oder Bankkonto		
		IBAN		
Kontaktperson / Funktion		MWST-pflichtig	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

### Krankheit

Art der Krankheit		<b>Erkrankungsdatum</b>	
-------------------	--	-------------------------	--

### 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: