

Krankmeldung / Geburtenmeldung Kollektive Krankentaggeldversicherung

Schadennummer		Policennummer	
Versicherer		Kontakt	

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. ☐

Anstellung

Ausgeübter Beruf		Anstellungsverhältnis	gekündigt ☐ ungekündigt ☐
Tätigkeit		Angestellt seit	Beschäftigungsgrad %
Betriebsübliche Arbeitszeit	Std. / Woche	Ø Arbeitszeit des Verletzten	Std. / Woche ☐ Tg. / Woche ☐ unregelm. Einsatz ☐

Krankheit / Geburtenmeldung

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** voraussichtlicher Geburtstermin

Arzt

Behandelnder Arzt		Telefon / Mobile	
Adresse		E-Mail	

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

☐

Saisonier

weitere Arbeitgeber

andere Leistungen

Bestehen noch andere Versicherungen (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.

Der/Die Versicherungsnehmer/in als Arbeitgeber/in informiert die von der Schadenmeldung betroffene Person (Mitarbeiter/in) im Sinne von Artikel 328b OR über die Weitergabe dieser sensiblen Personendaten.

☐ Schadenanzeige ohne Unterschrift

Ort und Datum

Unterschrift

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