

## Krankmeldung / Geburtenmeldung Kollektive Krankentaggeldversicherung

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

### Versicherungsnehmer

Firma	<input type="text"/>	Kontaktperson	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	<input type="text"/>	Telefon / Mobile	<input type="text"/> <input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/> <input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Land	<input type="text"/>	IBAN	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> MWST-pflichtig

### Versicherte Person

Name / Vorname	<input type="text"/> <input type="text"/>	Zivilstand / Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	<input type="text"/>	Nationalität / Bewilligung	<input type="text"/> <input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/> <input type="text"/>	AHV-Nummer	<input type="text"/> m w
E-Mail	<input type="text"/>	Kinder bis 20 J. oder inAusbildung bis 25 J.	nein ja, Anz. <input type="checkbox"/>
Telefon / Mobile	<input type="text"/> <input type="text"/>	IBAN	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Quellensteuerpflichtig	

### Anstellung

Ausgeübter Beruf	<input type="text"/>	Anstellungsverhältnis	gekündigt ungekündigt
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

### Krankheit / Geburtenmeldung

Art der Krankheit	<input type="text"/>	<b>Erkrankungsdatum</b>	<input type="text"/>
Ist Arbeitsunfähigkeit eingetreten?	ja nein	seit wann	<input type="text"/> teilweise ganz
Wurde die Arbeit schon wieder aufgenommen?	ja nein	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"/>
Strasse, Hausnummer	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/> <input type="text"/>	Land	<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.

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.

Unfallmeldung ohne Unterschrift

Ort und Datum

Unterschrift



## Krankentag Kontrolle

vom behandelnden Arzt auszufüllen

Schadennummer  Versicherer / Policennummer

### Versicherungsnehmer

Firma  Kontaktperson   
 Strasse, Hausnummer  Telefon / Mobile    
 PLZ / Ort   E-Mail   
 Land  IBAN   MWST-pflichtig

### Versicherte Person

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

### 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 Arbeitsfähigkeit** 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	

Ort und Datum

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

Die ärztliche Behandlung endigte am:

Unterschrift des Arztes