

## Krankmeldung / Geburtenmeldung Kollektive Krankentaggeldversicherung

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

### Arbeitgeber

Name und Adresse	<input type="text"/>	Kontaktperson / erreichbar	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Telefon / Mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Bankkonto / IBAN	<input type="text"/>	

### Erkrankte Person

Vorname, Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Zivilstand	<input type="text"/>	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w
Strasse, Nr.	<input type="text"/>		Geburtsdatum / AHV-Nr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ und Ort	<input type="text"/>		Nationalität / Bewilligung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon / E-Mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J.	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, Anz.	<input type="text"/>
			Bankkonto / IBAN	<input type="text"/>	

### Anstellung

Beschäftigt als	<input type="text"/>	Angestellt seit	<input type="text"/>
Tätigkeit	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> unregelm. Einsatz	Beschäftigungsgrad <input type="text"/> %
Betriebsübliche Arbeitszeit	<input type="text"/> Std. / Woche	Ø Arbeitszeit	<input type="text"/> Std. / Woche
Körperliche Belastung bei der Arbeit	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> schwer	Ø Arbeitszeit	<input type="text"/> Tg. / Woche
Arbeit	<input type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> stehend <input type="radio"/> sitzend/stehend	Art	<input type="text"/>

### Krankheit

Ist Arbeitsunfähigkeit eingetreten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	seit wann	<input type="text"/>	<input type="radio"/> teilweise <input type="radio"/> ganz
Wurde die Arbeit schon wieder aufgenommen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	seit wann	<input type="text"/>	
voraussichtl. Arbeitsbeginn	<input type="text"/>			
Art der Krankheit	<input type="text"/>		<b>Erkrankungsdatum</b>	<input type="text"/>

### Geburtenmeldung

Behandelnder Arzt	<input type="text"/>	voraussichtlicher Geburtstermin	<input type="text"/>
-------------------	----------------------	---------------------------------	----------------------

### Arzt

Behandelnder Arzt	<input type="text"/>	Strasse, Nr.	<input type="text"/>
PLZ und Ort	<input type="text"/>	Telefon / E-Mail	<input type="text"/>
Beginn der Behandlung	<input type="text"/>		
Hat der Patient schon früher an der gleichen Krankheit gelitten?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wann	<input type="text"/>	
Dazumal behandelnder Arzt	<input type="text"/>	Adresse	<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)				

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

**Einverständniserklärung**

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

Krankmeldung ohne Unterschrift



### Krankentag-Kontrolle

Schadensnummer  Policennummer / Vers.

#### Arbeitgeber

Name und Adresse

Kontaktperson / erreichbar

Telefon / Mail

Bankkonto / IBAN

#### Erkrankte Person

Vorname, Name   Zivilstand   m  w

Strasse, Nr.

PLZ und Ort

Telefon / E-Mail

Geburtsdatum / AHV-Nr.

Nationalität / Bewilligung

Kinder bis 20 J. oder in Ausbildung bis 25 J.  nein  ja, Anz.

Bankkonto / IBAN

#### 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:

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes