

1. Krankenmeldung/Geburtenmeldung

Gesellschaft: Police-Nr.:

2. Versicherungsnehmer

Name/Firma: Fax:
 Kontaktperson: IBAN-Nr.:
 Strasse: Bank/Filiale:
 PLZ/Ort: Mobil:
 Tel.: E-Mail:

3. Versicherte Person weiblich männlich

Name: Beschäftigt als: (Berufsbezeichnung und Beschreibung der Tätigkeit)
 Vorname:
 Geburtsdatum:
 AHV-Nr.:
 Strasse:
 PLZ/Ort:
 Tel. G.: Erlerner Beruf:
 Tel. P.: Körperliche Belastung bei der Arbeit:
 IBAN-Nr.: leicht mittel schwer
 Bank/Filiale in: Heben von Gewichten wieviel kg?
 Sprache: Wie oft? mal täglich wöchentlich selten
 Angestellt seit: Arbeit sitzend stehend sitzend/stehend
 Arbeitsverhältnis: unbefristet Quellensteuer-pflichtig: Ja Nein
befristet bis gekündigt per:

Sonderfälle Familienmitglied Gesellschafter freiwillig Versicherter Saisonnier Quellsteuerpflichtig
gelernt angelernt selbständig ungelernt Lehrling

Weiterer Arbeitgeber: Pensum:

4. Krankheit (Geburtenmeldung siehe Seite 2)

Art der Krankheit: Voraussichtliche Dauer:
 Ist Arbeitsunfähigkeit eingetreten? Ja Nein Wurde die Arbeit schon wieder aufgenommen? Ja Nein
 Seit wann: teilweise ganz Wenn ja, wann?
 Sind Ferien geplant? Nein Ja – von/bis

5. Arzt Arztzeugnis vorhanden, liegt bei Arztzeugnis noch nicht vorhanden

Behandelnder Arzt: Beginn der ärztlichen Behandlung:
 Name:
 Vorname: Hat der Patient schon früher an der gleichen Krankheit gelitten?
 Strasse: Ja Nein Wann?
 PLZ, Ort: Wer war damals behandelnder Arzt?

6. Arbeitszeit der versicherten Person

Tage je Woche: **Arbeitseinsatz**
 Stunden je Woche: unregelmässig (bitte Lohnjournal der letzten 12 Monate beilegen)
 Stunden je Tag: Kurzarbeit
 Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden:

7. Geburtenmeldung

Voraussichtlicher Geburtstermin:

8. Lohn der versicherten Person

Fester Lohn gemäss Police in CHF AHV-pflichtig: Ja Nein

Massgebender Lohn	CHF pro	Std.	Tag	Monat	Jahr
Grundlohn (AHV-Lohn)					
Teuerungszulage					
Akkord/Provision					
Kinder-/Familienzulagen					
Ferien-/Feiertagsentschädigungen					
Andere Lohnzulagen (Art.)		% oder			
Gratifikation/13. Monatslohn		% oder			
Naturallohn/Art					
Total					

9. Andere Sozialversicherungen

Bestehen noch andere Versicherungen (z. B. Krankenkasse)? Ja Nein
 Gesellschaft: Police-Nr.:

Hat der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenversicherung, obligatorischer Unfallversicherung, AHV/IV, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse? Wenn ja, wo?

Er ermächtigt die Gesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG- Versicherers. Er ist ferner damit einverstanden, dass die Gesellschaft die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort, Datum: Unterschrift der versicherten Person: Unterschrift des Versicherungsnehmers:
 (sofern nicht identisch mit Versicherungsnehmer)

