

Schadenmeldung

Krankentaggeldversicherung



Versicherungsgesellschaft **Police Nr.**

Versicherungsnehmer **Telefon**
 Telefax
PLZ Ort **Homepage**

Zuständig **Direktwahl**
Funktion / Abteilung **Mobile**
Evtl. Filiale **Email**

Bank- oder Postverbindung **MwSt.** Ja Nein
IBAN **Nummer**

Erkrankte Person **Geb. Datum**
Adresse **Zivilstand**
PLZ Ort **Anzahl**
Krankenkasse **Kinder**
Ausgeübter Beruf **Besch.Grad** %
Üblicher Arbeitsplatz **Anstellung** Datum

Erkrankung am/Warum?

Arbeitsausfall Ja, wie lange (ca. Tage/Wochen/Monate)

Arbeit wieder aufgenommen Nein Ja, wann

Körperliche Belastung leicht mittel schwer

Arbeitsverrichtung Arbeit sitzend Arbeit stehend Arbeit sitzend und stehend

Heben von Gewichten > 10 kg Nein Ja, kg pro Tag Woche

Arbeitsverhältnis aufgelöst? Nein Ja, per wann?

Voraussichtl. Geburtstermin

Erstbehandelnder Arzt/Spital

Nachbehandelnder Arzt

Patientenkontrolle Halten Sie eine Patientenkontrolle für sinnvoll? Nein Ja

Lohnangaben

	CHF/Std.	CHF/Tag	CHF/Monat	CHF/Jahr
Grundlohn	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kinder-/Familienzulagen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andere Zulagen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Grati / 13. Monatslohn	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andere, welche	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sonderfälle Quellensteuerpflichtig Nein Ja
 Familienmitglied Gesellschafter Freiwillig Versicherter Saisonnier

Weitere Arbeitgeber

Andere Versicherer Bestehen noch andere Versicherungen (z.B. Krankenkasse, IV, SUVA)
 Nein Ja, wo?

Pensionskasse

Die Unterzeichneten ermächtigen die Versicherungsgesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG-Versicherers. Sie sind ferner damit einverstanden, dass die Versicherungsgesellschaft, die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort, Datum	Unterschrift Mitarbeiter (falls möglich)	Stempel und Unterschrift Arbeitgeber
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>