

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 Saisonier

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
-------------------	--	---