

# 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.

<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift Mitarbeiter</b> (falls möglich)	<b>Stempel und Unterschrift Arbeitgeber</b>
-------------------	--	---