



Kollektive Krankentaggeldversicherung

Krankenmeldung/Geburtenmeldung

Für sofortige Krankenmeldung

Telefon (+41) 071 282 39 60

Gesellschaft

Policennummer

Versicherungsnehmer

Name/Firma	PC- oder Bankkonto
Betrieb	Bank/Filiale in
Strasse	MWST-pflichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
PLZ/Ort	MWST-Nr. <input type="text"/> (leer lassen)
Tel. G. <input type="text"/> Mobil <input type="text"/>	
Fax <input type="text"/> E-Mail <input type="text"/>	

Versicherte Person

Name/Vorname	Beschäftigt als (Berufsbezeichnung und Beschreibung der Tätigkeit)
Geburtsdatum <input type="text"/> Zivilstand <input type="text"/>	
AHV-Nr. <input type="text"/>	
Strasse	
PLZ/Ort	
Tel. G. <input type="text"/> Mobil <input type="text"/>	Angestellt seit <input type="text"/>
Tel. P. <input type="text"/> Mobil <input type="text"/>	Körperliche Belastung bei der Arbeit
PC- oder Bankkonto <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer
Bank/Filiale in <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Heben von Gewichten <input type="checkbox"/> wieviel kg?
	Wie oft? <input type="text"/> mal täglich <input type="text"/> wöchentlich <input type="text"/> selten
	<input type="checkbox"/> Arbeit sitzend <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> sitzend/stehend
	Quellensteuer-pflichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Krankheit (Geburtenmeldung siehe Seite 2)

Art der Krankheit <input type="text"/>	Voraussichtliche Dauer <input type="text"/>
Ist Arbeitsunfähigkeit eingetreten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wurde die Arbeit schon wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Seit wann? <input type="text"/> teilweise <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann? <input type="text"/>

Arzt

Behandelnder Arzt	Beginn der ärztlichen Behandlung <input type="text"/> (leer lassen)
Name/Vorname <input type="text"/>	
Strasse <input type="text"/>	Hat der Patient schon früher an der gleichen Krankheit gelitten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
PLZ/Ort <input type="text"/>	Wann? <input type="text"/>
	Wer war damals behandelnder Arzt? <input type="text"/>



Arbeitszeit der versicherten Person

Arbeitszeit Tage je Woche	Arbeitseinsatz
Stunden je Woche	unregelmässig
Stunden je Tag	Wenn ja, wie?
Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden	Kurzarbeit

Geburtenmeldung

(Voraussichtlicher) Geburtstermin _____
Behandelnder Arzt _____

Lohn der versicherten Person

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

Andere Versicherungen

Bestehen noch andere Versicherungen (z. B. Krankenkasse)	Gesellschaft
nein ja	Police-Nr.

Die Unterzeichneten ermächtigen die Assicura, 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 die Assicura, bzw. die Versicherungsgesellschaft, die für die Schadenabwicklung notwendige Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum	Unterschrift der versicherten Person (sofern nicht identisch mit Versicherungsnehmer)	Unterschrift des Versicherungsnehmers
_____	_____	_____