

Krank- und Unfallmeldung für Einzel-Taggeldversicherte

inkl. Kollektiv-Versicherte mit festen Lohnsummen

Vertrags-Nr.	_____
Versicherten-Nr.	_____

1. Versicherte Person	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl	Geburtsdatum	AHV-Nr. (13-stellig)
	_____	_____	_____
	_____	Nationalität	Telefon
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Sprache	_____
2. Tätigkeit	Übliche berufliche Tätigkeit	Erlerner Beruf	Datum der Anstellung
	_____	_____	_____
	Arbeitsverhältnis gekündigt per/befristet bis	<input type="checkbox"/> Angestellt	<input type="checkbox"/> Arbeitslos
	_____	<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Haushaltführend
		<input type="checkbox"/> Nicht erwerbstätig/pensioniert	
3. Arbeitsunfähigkeit	Ab Datum	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall
	Bis Datum	<input type="checkbox"/> Mutterschaft, errechneter Geburtstermin	_____
	Voraussichtliche Dauer	_____	_____
4. Behandelnder Arzt/Spital	Name und Adresse mit Postleitzahl		

5. Zahlungsverbindung	Name des Kontoinhabers	Name und Adresse der Bank	
	_____	_____	
	Postkonto-Nr.	Bankkonto-Nr.	
	_____	_____	
	IBAN-Nr.	Bankclearing-Nr.	
	_____	_____	
	Zahlung an (nur Kollektiv-Versicherte)		
	<input type="checkbox"/> Versicherte/r <input type="checkbox"/> Arbeitgeber		
6. Andere Versicherungen	Haben Sie/Hat die versicherte Person bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenversicherung, SUVA oder obligatorischer Unfallversicherung, IV, AHV, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse, Privatversicherung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
	Wenn Ja, Policen-Nr.	Name der Gesellschaft	
	_____	_____	
7. BVG-Versicherer	Name des BVG-Versicherers		

8. Invalidenversicherung	Meldung für Früherfassung vorgenommen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, am _____
	IV-Anmeldung vorgenommen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, am _____
9. Nachweis Einkommensausfall	Bitte auf der Rückseite ausfüllen.		

Selbständig- erwerbende und Betriebs- inhaber/innen mit festen Lohnsummen	Branche	Rechtsform	Anzahl Angestellte
	Muss der Betrieb während Ihrer Arbeitsunfähigkeit stillgelegt werden?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Wenn Nein, entstehen durch den Ausfall Ihrer Person Mehrkosten oder Umsatzeinbussen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Wenn Ja, wofür?		
			CHF /Monat
		CHF /Monat	
Bitte Kopie der Erfolgsrechnung des letzten Geschäftsjahres beilegen.			

Arbeitslose	Bitte Kopie der letzten Abrechnung der Arbeitslosenversicherung (ALV) beilegen.
--------------------	--

Angestellte	Bitte füllen Sie oder Ihr Arbeitgeber die folgende Seite aus und lassen Sie diese von Ihrem Arbeitgeber unterschreiben.
--------------------	--

Ort und Datum

Unterschrift versicherte Person

Krank- und Unfallmeldung für Einzel-Taggeldversicherte

inkl. Kollektiv-Versicherte mit festen Lohnsummen

Vertrags-Nr.	_____
Versicherten-Nr.	_____

Versicherte Person	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl	Geburtsdatum	AHV-Nr. (13-stellig)
	_____	_____	_____
	_____	Nationalität	Telefon
	_____	Sprache	_____
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		

Angestellte inkl. mitarbeitende Familienmitglieder zu festen Lohn- summen		%	CHF/Std.	CHF/Tag	CHF/Monat	CHF/Jahr
	Grundlohn brutto	_____	_____	_____	_____	_____
Teuerungszulage	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Akkord/Provision	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Kinder-/Familienzulagen	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ferienentschädigung	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Feiertagsentschädigung	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Gratifikation/13. Monatslohn	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Andere Lohnzulagen, Art	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Naturallohn, Art	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Arbeitszeit pro Woche		Arbeitseinsatz				
Tage	Stunden	betriebsübliche Arbeitsstunden	<input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> temporär <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit			
Welches Einkommen erhalten Sie/erhält der Mitarbeitende während der Arbeitsunfähigkeit?						
<input type="checkbox"/> Lohnfortzahlung gemäss Arbeitsvertrag						
von	bis	%	CHF			
_____	_____	_____	_____			
von	bis	%	CHF			
_____	_____	_____	_____			
<input type="checkbox"/> Leistungen aus Kollektiv-Taggeldversicherung						
von	bis	%	CHF			
_____	_____	_____	_____			
Unterliegt das Einkommen der Quellensteuer?			Wenn Ja, ZEMIS-Nr. (oder Kopie des Ausweises beilegen)			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			_____			
Bitte Kopie der letzten drei Lohnabrechnungen beilegen.						

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber
