

Krankmeldung Kollektiv-Taggeldversicherung für Arbeitnehmer

Vertrags-Nr.

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____	Telefon _____	Personengruppe (Betriebszweig) _____			
2. Versicherte Person	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl _____ _____	Geburtsdatum _____	AHV-Nr. (13stellig) _____			
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Nationalität _____	Telefon _____			
		Sprache _____				
3. Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit erlernter Beruf _____	Datum der Anstellung _____	<input type="checkbox"/> Kader	<input type="checkbox"/> gelernt		
	Arbeitsverhältnis gekündigt per / befristet bis _____		<input type="checkbox"/> angelernt	<input type="checkbox"/> ungelernt		
			<input type="checkbox"/> Lehrling	<input type="checkbox"/> Praktikant		
			<input type="checkbox"/> unbekannt			
4. Arbeitszeit je Woche	Tage _____ Std. _____	betriebsübliche Arbeitsstunden _____		Arbeitseinsatz		
				<input type="checkbox"/> regelmässig	<input type="checkbox"/> temporär	
				<input type="checkbox"/> unregelmässig	<input type="checkbox"/> Kurzarbeit	
5. Ausländ. Arbeitnehmer/in	Quellensteuerpflichtig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja, ZAR-Nr. (oder Ausweis-Kopie beilegen) _____	<input type="checkbox"/> Daueraufenthalter/in (B-EG)	<input type="checkbox"/> Jahresaufenthalter/in (B)			
		<input type="checkbox"/> Niedergelassene/r (C, C-EG)	<input type="checkbox"/> Kurzaufenthalter/in (L, L-EG)			
		<input type="checkbox"/> Grenzgänger/in (G, G-EG)	<input type="checkbox"/> Asylsuchende/r (N)			
		<input type="checkbox"/> vorläufig Aufgenommene/r (F)				
6. Arbeitsunfähigkeit	Letzter Arbeitstag vor AUF Ab Datum _____ Bis Datum _____ Voraussichtliche Dauer _____	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall			
		<input type="checkbox"/> Mutterschaft, errechneter Geburtstermin				
		Arbeitsunfähig zu _____		%		
7. Behandelnder Arzt/Spital	Name und Adresse mit PLZ _____	Datum erster Arztbesuch _____				
8. Lohn (gemäss AHV bzw. Police, sofern anders vereinbart)	Grundlohn brutto vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit bzw. Durchschnitt der letzten 12 Monate bei unregelmässigem Arbeitseinsatz (pro Monat ohne 13. Monatslohn)	CHF pro	Std. (1)	Tag (2)	Monat (3)	Jahr (4)
	Teuerungszulage	CHF oder %	_____	_____	_____	_____
	Akkord/Provision	CHF oder %	_____	_____	_____	_____
	Kinder-/Familienzulagen	CHF oder %	_____	_____	_____	_____
	Ferienentschädigung	CHF oder %	_____	_____	_____	_____
	Feiertagsentschädigung	CHF oder %	_____	_____	_____	_____
	Gratifikation/13. Monatslohn	CHF oder %	_____	_____	_____	_____
	Andere Lohnzulagen, Art	CHF oder %	_____	_____	_____	_____
	Naturallohn, Art	CHF oder %	_____	_____	_____	_____
9. Zahlungsverbindung	<input type="checkbox"/> Wie bisher Name des Kontoinhabers _____	Name und Adresse der Bank _____				
	Postkonto-Nr. _____	Bankkonto-Nr. _____				
	Zahlung an <input type="checkbox"/> Versicherte/r <input type="checkbox"/> Arbeitgeber	IBAN-Nr. _____		Bankclearing-Nr. _____		
10. 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 _____					
11. Andere Versicherungsleistungen	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? _____					
12. BVG-Versicherer	Name des BVG-Versicherers _____					

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber

Arbeitnehmer

Krankmeldung Kollektiv-Taggeldversicherung für Arbeitnehmer

Vertrags-Nr.

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____	Telefon _____	Personengruppe (Betriebszweig) _____			
2. Versicherte Person	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl _____ _____	Geburtsdatum _____	AHV-Nr. (13stellig) _____			
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Nationalität _____	Telefon _____			
		Sprache _____				
3. Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit erlernter Beruf _____	Datum der Anstellung _____	<input type="checkbox"/> Kader	<input type="checkbox"/> gelernt		
	Arbeitsverhältnis gekündigt per / befristet bis _____		<input type="checkbox"/> angelernt	<input type="checkbox"/> ungelernt		
			<input type="checkbox"/> Lehrling	<input type="checkbox"/> Praktikant		
			<input type="checkbox"/> unbekannt			
4. Arbeitszeit je Woche	Tage _____ Std. _____	betriebsübliche Arbeitsstunden _____		Arbeitseinsatz		
				<input type="checkbox"/> regelmässig	<input type="checkbox"/> temporär	
				<input type="checkbox"/> unregelmässig	<input type="checkbox"/> Kurzarbeit	
5. Ausländ. Arbeitnehmer/in	Quellensteuerpflichtig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja, ZAR-Nr. (oder Ausweis-Kopie beilegen) _____	<input type="checkbox"/> Daueraufenthalter/in (B-EG)	<input type="checkbox"/> Jahresaufenthalter/in (B)			
		<input type="checkbox"/> Niedergelassene/r (C, C-EG)	<input type="checkbox"/> Kurzaufenthalter/in (L, L-EG)			
		<input type="checkbox"/> Grenzgänger/in (G, G-EG)	<input type="checkbox"/> Asylsuchende/r (N)			
		<input type="checkbox"/> vorläufig Aufgenommene/r (F)				
6. Arbeitsunfähigkeit	Letzter Arbeitstag vor AUF Ab Datum _____ Bis Datum _____ Voraussichtliche Dauer _____	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall			
		<input type="checkbox"/> Mutterschaft, errechneter Geburtstermin				
		Arbeitsunfähig zu _____		%		
7. Behandelnder Arzt/Spital	Name und Adresse mit PLZ _____	Datum erster Arztbesuch _____				
8. Lohn (gemäss AHV bzw. Police, sofern anders vereinbart)	Grundlohn brutto vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit bzw. Durchschnitt der letzten 12 Monate bei unregelmässigem Arbeitseinsatz (pro Monat ohne 13. Monatslohn)	CHF pro	Std. (1)	Tag (2)	Monat (3)	Jahr (4)
	Teuerungszulage	CHF oder %	_____	_____	_____	_____
	Akkord/Provision	CHF oder %	_____	_____	_____	_____
	Kinder-/Familienzulagen	CHF oder %	_____	_____	_____	_____
	Ferienentschädigung	CHF oder %	_____	_____	_____	_____
	Feiertagsentschädigung	CHF oder %	_____	_____	_____	_____
	Gratifikation/13. Monatslohn	CHF oder %	_____	_____	_____	_____
	Andere Lohnzulagen, Art	CHF oder %	_____	_____	_____	_____
	Naturallohn, Art	CHF oder %	_____	_____	_____	_____
9. Zahlungsverbindung	<input type="checkbox"/> Wie bisher Name des Kontoinhabers _____	Name und Adresse der Bank _____				
	Postkonto-Nr. _____	Bankkonto-Nr. _____				
	Zahlung an <input type="checkbox"/> Versicherte/r <input type="checkbox"/> Arbeitgeber	IBAN-Nr. _____		Bankclearing-Nr. _____		
10. 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 _____					
11. Andere Versicherungsleistungen	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? _____					
12. BVG-Versicherer	Name des BVG-Versicherers _____					

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber

Arbeitnehmer