

Kollektive Krankentaggeldversicherung

Krankenmeldung/Geburtenmeldung

Für sofortige Krankenmeldung

Telefon (+41) 71 411 70 80

Gesellschaft

Policennummer

Versicherungsnehmer

Name/Firma

Betrieb

Strasse

PLZ/Ort

Tel. G.

Mobil

Fax

E-Mail

PC- oder Bankkonto

Bank/Filiale in

MWST-pflichtig

nein

ja

MWST-Nr.

(leer lassen)

Versicherte Person

Name/Vorname

Geburtsdatum

Zivilstand

AHV-Nr.

Strasse

PLZ/Ort

Tel. G.

Mobil

Tel. P.

Mobil

PC- oder Bankkonto

Bank/Filiale in

Beschäftigt als (Berufsbezeichnung und Beschreibung der Tätigkeit)

Angestellt seit

Körperliche Belastung bei der Arbeit

leicht

mittel

schwer

Heben von Gewichten

wieviel kg?

Wie oft?

mal täglich

wöchentlich

selten

Arbeit sitzend

stehend

sitzend/stehend

Quellensteuer-pflichtig

nein

ja

Krankheit (Geburtenmeldung siehe Seite 2)

Art der Krankheit

Voraussichtliche Dauer

Ist Arbeitsunfähigkeit eingetreten?

nein

ja

Seit wann?

teilweise

ganz

Wurde die Arbeit schon wieder aufgenommen?

nein

ja

Wenn ja, wann?

Arzt

Behandelnder Arzt

Name/Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Beginn der ärztlichen Behandlung

(leer lassen)

Hat der Patient schon früher an der gleichen Krankheit gelitten?

nein

ja

Wann?

Wer war damals behandelnder Arzt?

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 Marcel Raymann AG, 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 MRV, 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
_____	_____	_____