

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?

