

Schadenmeldung

Krankentaggeldversicherung

Versicherungsgesellschaft		Police Nr.	
Versicherungsnehmer			
Adresse		Telefon	
PLZ Ort		Homepage	
Zuständig		Direktwahl	
Funktion / Abteilung		Mobile	
Evtl. Filiale		E-Mail	
Erkrankte Personen		Geburtstag	
Adresse		Zivilstand	
PLZ Ort		Anzahl	bis 20/25 (in Ausb.)
Krankenkasse		Kinder	über 20/25 (Ausb.)
Ausgeübter Beruf		Besch. Grad	%
Üblicher Arbeitsplatz		Anstellung seit	Datum

Erkrankung am / Warum?

Arbeitsausfall Ja, wie lange (ca. Tage / Wochen / Monate)

Arbeit wieder aufgenommen? Nein Ja, wann

Körperliche Belastung leicht mittel schwer

Arbeitsverrichtung Arbeit sitzend Arbeit stehend Arbeit sitzend u. stehend

Heben von Gewichten? Nein ja, kg pro Tag Woche

Arbeitsverhältnis aufgelöst? Nein ja, per wann?

Vorraussichtl. Geburtstermin

Erstbehandelder Arzt / Spital

Nachbehandelder Arzt

Patientenkontrolle Halten Sie eine Patientenkontrolle für sinnvoll? Nein ja

Lohnangaben	CHF / Std.	CHF / Tag	CHF / Monat	CHF / Jahr
Grundlohn				
Kinder- Familienzulagen				
Andere Zulagen				
Grati / 13. Monatslohn				
Andere Welche				

Sonderfälle

Quellensteuerpflichtig? Nein ja

Familienmitglied Gesellschafter Freiwillig Versicherter Saisonier

Weitere Arbeitgeber

Andere Versicherer Bestehen noch andere Versicherungen (z.B. Krankenkasse, IV, SUVA)
 Nein ja,wo?

Pensionskasse

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

Ort, Datum	Unterschrift erkrankte Person	Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes
------------	-------------------------------	--------------------------------------------------