

## Krankenmeldung/Geburtenmeldung

Gesellschaft

Police-Nr.



## Versicherungsnehmer

Name/Firma

PC- oder Bankkonto

Kontaktperson

Bank/Filiale in

Strasse

MWST-pflichtig

nein

ja

PLZ/Ort

MWST-Nr.

(leer lassen)

Tel. G.

Mobil

Fax

E-Mail

## Versicherte Person

Name/Vorname

Beschäftigt als (Berufsbezeichnung und Beschreibung der Tätigkeit)

Geburtsdatum

Zivilstand

AHV-Nr.

Strasse

PLZ/Ort

Tel. G.

Mobil

Angestellt seit

Tel. P.

Mobil

Körperliche Belastung bei der Arbeit

PC- oder Bankkonto

leicht

mittel

schwer

Bank/Filiale in

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

Wurde die Arbeit schon wieder aufgenommen?

Seit wann?

teilweise

ganz

nein

ja

Wenn ja, wann?

## Arzt

Behandelnder Arzt

Beginn der ärztlichen Behandlung

(leer lassen)

Name/Vorname

Strasse

Hat der Patient schon früher an der gleichen Krankheit gelitten?

PLZ/Ort

nein

ja

Wann?

Wer war damals behandelnder Arzt?

### Arbeitszeit der versicherten Person

Arbeitszeit Tage je Woche	Arbeitseinsatz
Stunden je Woche	<input type="checkbox"/> unregelmässig
Stunden je Tag	Wenn ja, wie?
Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Police-Nr.

Er ermächtigt die Gesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG- Versicherers. Er ist ferner damit einverstanden, dass die Gesellschaft die für die Schadenabwicklung notwendigen 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
_____	_____	_____

