# **schadenmeldung**

# (krankentaggeld-versicherung)

## Ausgangslage

|  |  |
| --- | --- |
| Versicherungs-Gesellschaft |  |
| Police Nr. |  |

## Angaben des Versicherungsnehmers

|  |  |
| --- | --- |
| Firma |  |
| Adresse |  |
| PLZ Ort |  |
| Zuständig |  |
| Telefon / Mobile |  |
| Email |  |
| Bank- oder Postverbindung |  |
| IBAN |  |

## Erkrankte Person / Mitarbeiter

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name Vorname |  | | | | | |
| Adresse |  | | | | | |
| PLZ Ort |  | | | | | |
| Geburtsdatum |  | | | | | |
| Zivilstand | ledig | eing. PS | verh. | | gesch. | verw. |
| Kinder | (bis 20/25 in Ausbildung) | | | (über 20/25 in Ausbildung) | | |
| Anstellungsdatum |  | | | | | |
| Ausgeübter Beruf |  | | | | | |
| Üblicher Arbeitsplatz |  | | | | | |
| Beschäftigungsgrad |  | | | | | |
| Krankenkasse |  | | | | | |

## Ereignis / Erkrankung

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum / Uhrzeit | / | | |
| Arbeitsausfall | Nein | Ja: wie lange? |  |
| Arbeit wieder aufgenommen | Ja | Nein, wann? |  |

## Angaben über den Arbeitsplatz

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Körperliche Belastung | leicht | mittel | schwer |
| Arbeitsverrichtung | sitzend | stehend | sitzend + stehend |
| Heben von Gewichten |  | | |
| Arbeitsverhältnis aufgelöst? |  | | |
| Voraussichtlicher Geburtstermin |  | | |
| Erstbehandelnder Arzt/Spital |  | | |
| Nachbehandelnder Arzt |  | | |
| Patientenkontrolle |  | | |

## Lohnangaben

Die Lohnangaben sind nur auszufüllen, wenn ein Arbeitsausfall von mehr als 2 Tagen eingetreten ist.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | CHF/Std. | CHF/Tag | CHF/Monat | CHF/Jahr |
| Grundlohn |  |  |  |  |
| Kinder-/Famileinzulagen |  |  |  |  |
| Andere Zulagen: |  |  |  |  |
| Gratifikation / 13. Monatslohn |  |  |  |  |

## Sonderfälle

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Quellensteuerpflichtig | Nein | Ja | |
| Besondere Verhältnisse | Familienmitglied  Freiwillig Versicherter | | Gesellschafter  Saisonnier |

**Weitere Arbeitgeber / Leistungen**

|  |  |
| --- | --- |
| Anderer Arbeitgeber |  |
| Andere Leistungen | Hat der verunfallte Mitarbeiter bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei einer Krankenkasse, bei der SUVA oder andere obligatorische Unfallversicherungen, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?  Nein  Ja, wo: |

## Ort, Datum, Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(falls möglich)

Unterschrift Arbeitgeber \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_