# **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_