

Šaj á^•ç^!d^č } * Āšā & @) • ç ā
 Šaj á • d æ • ^ Ā ĩ Ē Ā ĩ • ç ā & @ Ā ĩ Ē
 JI JI Ā ĩ & @ Ā ĩ
 V Ā ĩ ĩ } Ā ĩ Ē Ā ĩ Ā ĩ Ā ĩ Ā ĩ
 Ā ĩ } & Ā ĩ Ā ĩ Ā ĩ
 Ā

Versicherungsnummer _____

Policennummer _____

Personenkreis _____

Krankmeldung

Kollektiv-Erwerbsausfallversicherung

1. Arbeitgeber Name: _____
 Strasse: _____
 PLZ, Ort: _____ Telefon: _____

2. Versicherte Person Name: _____ Mann Frau
 Vorname: _____ AHV-Nummer: _____
 Strasse: _____ Geburtsdatum: _____
 PLZ, Wohnort: _____ Nationalität: _____
 Telefon Privat: _____ quellensteuerpflichtig: ja nein ZAR-Nr.: _____

3. Datum der Anstellung: _____
 Das Arbeitsverhältnis ist ungekündigt befristet bis: _____ aufgelöst per: _____

4. Stellung / Tätigkeit im Betrieb: _____

5. Beginn der Arbeitsunfähigkeit: _____ Grad: _____ % voraussichtliche Dauer: _____
 Falls die Arbeit in der Zwischenzeit wieder aufgenommen wurde, wann: _____ zu: _____ %
 Ursache: Krankheit Unfall Berufskrankheit Mutterschaft

6. Arztadressen Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik: _____ Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik: _____

7. Art der Erkrankung / Verletzung: _____

8. Arbeitszeit der/des Versicherten: _____ Tage pro Woche _____ Stunden pro Woche regelmässig unregelmässig
 Teilpensum aus gesundheitlichen Gründen ja nein

9. Lohn (* soweit AHV-pflichtig) _____
 Barlohn _____ CHF pro _____
 * Grundlohn (brutto) _____
 Kinder-/ Familienzulage (*sofern versichert) _____
 * Ferien-/ Feiertagsentschädigung _____ % oder _____
 * Gratifikation / 13. Monatslohn _____ % oder _____
 * andere Lohnzahlungen, Art: _____
 weitere Arbeitgeber: _____

Sofern möglich, bitte um Angabe des Jahreslohnes!			
Stunden	Tag	Monat	Jahr

10. Andere Sozialversicherungsleistungen
 Hat die/der Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente einer Krankenversicherung, einer obligatorischen Unfallversicherung nach UVG, der Invaliden-, Militär-, Arbeitslosenversicherung, BVG (Pensionskasse)?
 nein ja, bei welcher Versicherung: _____
 Wenn nein, wurde ein Taggeld- oder Rentenanspruch gegenüber den erwähnten Versicherungen geltend gemacht?
 nein ja, bei welcher Versicherung: _____

11. Bemerkungen: _____

Ort und Datum: _____ Stempel und Unterschrift Arbeitgeberin / Arbeitgeber: _____