

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) Sofern möglich, bitte um Angabe des Jahreslohnes!
 Barlohn CHF pro

Stunden	Tag	Monat	Jahr

 * Grundlohn (brutto)
 Kinder-/ Familienzulage (*sofern versichert)
 * Ferien-/ Feiertagsentschädigung % oder
 * Gratifikation / 13. Monatslohn % oder
 * andere Lohnzahlungen, Art:
 weitere Arbeitgeber:

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: