|  |  |
| --- | --- |
| VersicherungsgesellschaftAdressePLZ Ort | kc |

|  |  |
| --- | --- |
| **Schadenmeldung Krankentaggeldversicherung** | Schaden-Nummer:      |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Arbeitgeber** | Name und Adresse mit Postleitzahl | Tel.-Nr.  | Police-Nr.:  |
|  |  | Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) |
| **2. Erkrankte Person** | Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl | Geburtsdatum | AHV-Nummer |
|  |  | Tel.-Nr. | Staatsangehörigkeit |
|  | Ist die Person quellensteuerpflichtig?[ ]  Ja [ ]  Nein | Zivilstand | Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre**(Anzahl)** [ ] keine |
| **3. Anstellung** | Datum der Anstellung | Ausgeübter Beruf |
|  | Stellung: [ ]  Höheres Kader [ ]  Mittleres Kader [ ]  Angestellter / Arbeiter [ ]  Lehrling [ ]  PraktikantVerhältnis: [ ]  unbefristeter Arbeitsvertrag [ ]  befristeter Arbeitsvertrag [ ]  Arbeitsverhältnis gekündigt |
|  | Arbeitszeit des/der Verletzten:  Stunden je Woche Vertraglicher Beschäftigungsgrad:  %Betriebsübliche Vollarbeitszeit:  Stunden je Woche Arbeitseinsatz: [ ]  unregelmässig [ ]  Kurzarbeit |
| **4. Arbeits-unfähigkeit** | Beginn Arbeisunfähigkeit:  |
|  | Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit:Länger als 1 Monat [ ]  | Falls Arbeit wieder aufgenommen:Ab wann?  [ ]  ganz [ ]  teilweise |
| **5. Arztadressen** | Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik | Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik |
| **6. Lohn** |  CHF pro | **Stunde** | **Monat** | **Jahr** |
|  | Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto) |  |  |  |
|  | Kinder-/Familienzulagen |  |  |  |
|  | Ferien-/Feiertagsentschädigung in **%** oder |  |  |  |
|  | Gratifikation/13. Monatslohn (und weitere) in **%** oder |  |  |  |
|  | Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage) |  |  |  |
|  | Bezeichnung |  |
| **7. Andere Sozialver-sicherungs-leistungen** | Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenversicherung, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Berufliche Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse?Wenn ja, wo?  |
| **8. Bemerkung** |  |

Die erkrankte Person ermächtigt die Versicherungsgesellschaft die zur Abwicklung des Leistungsfalles erforderlichen Daten zu bearbeiten. Sie ermächtigt die Versicherungsgesellschaft ferner zur Einsichtnahme in die amtlichen, gerichtlichen, medizinischen und sonstigen Akten, soweit diese für die Abklärung des Leistungsfalles notwendig sind, und entbindet in diesem Rahmen die behandelnden Ärzte und Fachleute vom Arztgeheimnis.

Ort und Datum Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

**Ort,**

Ort und Datum Unterschrift der versicherten Person

Geht an: Versicherungsgesellschaft

|  |  |
| --- | --- |
| VersicherungsgesellschaftAdressePLZ Ort | kc |

|  |  |
| --- | --- |
| Krankenschein | Schaden-Nr.: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Arbeitgeber | Name und Adresse mit Postleitzahl | Tel.-Nr. | Police-Nr.:  |
| Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig) |
|  **Erkrankte Person** | Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl | Geburtsdatum | AHV-Nummer |
| Tel.-Nr. | Staatsangehörigkeit |
| Zivilstand | Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre**(Anzahl)** **[ ]** keine |
|  **Anstellung** | Datum der Anstellung | Ausgeübter Beruf |
| Stellung: [ ]  Höheres Kader [ ]  Mittleres Kader [ ]  Angestellter / Arbeiter [ ]  Lehrling [ ]  PraktikantVerhältnis: [ ]  unbefristeter Arbeitsvertrag [ ]  befristeter Arbeitsvertrag [ ]  Arbeitsverhältnis gekündigt |
| Arbeitszeit des/der Verletzten:  Stunden je Woche Vertraglicher Beschäftigungsgrad:  %Betriebsübliche Vollarbeitszeit:  Stunden je Woche Arbeitseinsatz: [ ]  unregelmässig [ ]  Kurzarbeit |
|  **Arbeits-unfähigkeit** | Beginn Arbeitsunfähigkeit:  |
| Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit:Länger als 1 Monat [ ]  | Falls Arbeit wieder aufgenommen:Ab wann? [ ]  ganz [ ]  teilweise |

**Hinweise für die erkrankte Person**

Wir bitten Sie, die **Schadennummer** - die auf jeder Zuschrift der Versicherung erwähnt ist - auf den Krankenschein zu übertragen sowie bei Anfragen immer anzugeben.

**Dieser Krankenschein** bleibt während der Dauer der Genesung in Ihren Händen. Weisen Sie ihn bei jedem Besuch dem Arzt vor, welcher die nachfolgenden Eintragungen ergänzt. Geben Sie im Anschluss an **jeden Arztbesuch eine Kopie** dieses Scheines dem **Arbeitgeber** zur Weiterleitung an die Versicherung ab. Nach Abschluss

der Behandlung übergeben Sie das Original dem Arbeitgeber zu Handen der Versicherung ab.

Dieser Schein gilt nicht als Anerkennung einer Leistungspflicht.

Bei einem allfälligen **Arztwechsel** setzen Sie sich bitte unverzüglich mit der Versicherung in Verbindung.

**Eine Arbeitsunfähigkeit** wird durch den Arzt auf dem Krankenschein eingetragen.

**Eintragungen des Arztes**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Arbeitsunfähigkeit | Unterschriftdes Arztes |
| und Zeit des nächsten Besuches | des erfolgtenBesuches | Grad in % | Gültig ab |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| \* Evtl. Bemerkung zur Teilarbeitsfähigkeit |  |
| 1) %, d.h Std./Tag zu % |  |
| 2) %, d.h Std./Tag zu % |  |
| 3) %, d.h Std./Tag zu % |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Arbeitsunfähigkeit | Unterschriftdes Arztes |
| und Zeit des nächsten Besuches | des erfolgtenBesuches | Grad in % | Gültig ab |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Die Ärztliche Behandlung endigt am: | Medikamente Bezogen bei:(Name und Adresse der Apotheke) |

**Stempel und Unterschrift des Arztes**

Geht an: Erkrankte Person 🡺 Arbeitgeber 🡺 Versicherungsgesellschaft