

Kollektive Krankentaggeldversicherung

Krankenmeldung/Geburtenmeldung

Für sofortige Krankenmeldung Telefon **0800 809 809**

Police-Nr.

Versicherungsnehmer

Name/Firma		PC- oder Bankkonto	
Betrieb		Bank/Filiale in	
Strasse		MWST-pflichtig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
PLZ/Ort		MWST-Nr.	<input type="text" value="(leer lassen)"/>
Tel. G.	Mobil		
Fax	E-Mail		

Versicherte Person

Name/Vorname		Beschäftigt als (Berufsbezeichnung und Beschreibung der Tätigkeit)	
Geburtsdatum	Zivilstand		
AHV-Nr.			
Strasse			
PLZ/Ort			
Tel. G.	Mobil	Angestellt seit	
Tel. P.	Mobil	Körperliche Belastung bei der Arbeit	
PC- oder Bankkonto		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer	
Bank/Filiale in		<input type="checkbox"/> Heben von Gewichten wieviel kg?	
		Wie oft? <input type="checkbox"/> mal täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> selten	
		<input type="checkbox"/> Arbeit sitzend <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> sitzend/stehend	
		Quellensteuer-pflichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Krankheit (Geburtenmeldung siehe Seite 2)

Art der Krankheit		Voraussichtliche Dauer	
Ist Arbeitsunfähigkeit eingetreten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wurde die Arbeit schon wieder aufgenommen?	
Seit wann?	<input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> ganz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
		Wenn ja, wann?	

Arzt

Behandelnder Arzt		Beginn der ärztlichen Behandlung	
Name/Vorname		<input type="text" value="(leer lassen)"/>	
Strasse		Hat der Patient schon früher an der gleichen Krankheit gelitten?	
PLZ/Ort		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
		Wann?	
		Wer war damals behandelnder Arzt?	

Arbeitszeit der versicherten Person

Arbeitszeit Tage je Woche _____

Arbeitseinsatz _____

Stunden je Woche _____

unregelmässig _____

Stunden je Tag _____

Wenn ja, wie? _____

Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden _____

Kurzarbeit _____

Geburtenmeldung

(Voraussichtlicher) Geburtstermin _____

Behandelnder Arzt _____

Lohn der versicherten Person

Fester Lohn gemäss Police in CHF _____

Massgebender Lohn CHF pro _____

Barlohn Grundlohn (AHV-Lohn) _____

Teuerungszulage _____

Akkord/Provision _____

Kinder-/Familienzulagen _____

Ferien-/Feiertagsentschädigung % oder _____

Andere Lohnzulagen (Art.) _____

Gratifikation/13. Monatslohn % oder _____

Naturallohn Art _____

Total _____

Std.	Tag	Monat	Jahr

Andere Versicherungen

Bestehen noch andere Versicherungen (z. B. Krankenkasse) _____

Gesellschaft _____

nein ja _____

Police-Nr. _____

Er ermächtigt die Winterthur zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG- Versicherers. Er ist ferner damit einverstanden, dass die Winterthur die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum _____

Unterschrift der versicherten Person
(sofern nicht identisch mit Versicherungsnehmer)

Unterschrift des Versicherungsnehmers _____
