

## Krank- und Unfallmeldung für Einzel-Taggeldversicherte

inkl. Kollektiv-Versicherte mit festen Lohnsummen

|                  |       |
|------------------|-------|
| Vertrags-Nr.     | _____ |
| Versicherten-Nr. | _____ |

|                               |   |   |   |  |
|-------------------------------|---|---|---|--|
| 1. Versicherte Person         | Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl<br>_____<br>_____  | Geburtsdatum<br>_____   | AHV-Nr. (13-stellig)<br>_____   |  |
|                               | _____   | Nationalität<br>_____   | Telefon<br>_____  |  |
|                               | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich   | Sprache<br>_____  |   |  |
| 2. Tätigkeit                  | Übliche berufliche Tätigkeit    Erlerner Beruf  | Datum der Anstellung<br>_____   |   |  |
|                               | Arbeitsverhältnis gekündigt per/befristet bis<br>_____  | <input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/> Arbeitslos | <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Haushaltführend |  |
|                               |   | <input type="checkbox"/> Nicht erwerbstätig/pensioniert                 |   |  |
| 3. Arbeitsunfähigkeit         | Ab Datum<br>_____   | <input type="checkbox"/> Krankheit                                      | <input type="checkbox"/> Unfall   |  |
|                               | Bis Datum<br>_____  | <input type="checkbox"/> Mutterschaft, errechneter Geburtstermin        |   |  |
|                               | Voraussichtliche Dauer<br>_____   |   |   |  |
| 4. Behandelnder Arzt/Spital   | Name und Adresse mit Postleitzahl<br>_____<br>_____   |   |   |  |
| 5. Zahlungsverbindung         | Name des Kontoinhabers<br>_____   | Name und Adresse der Bank<br>_____                                      |   |  |
|                               | Postkonto-Nr.<br>_____  | Bankkonto-Nr.<br>_____  |   |  |
|                               | IBAN-Nr.<br>_____   | Bankclearing-Nr.<br>_____   |   |  |
|                               | Zahlung an (nur Kollektiv-Versicherte)  |   |   |  |
|                               | <input type="checkbox"/> Versicherte/r <input type="checkbox"/> Arbeitgeber   |   |   |  |
| 6. Andere Versicherungen      | Haben Sie/Hat die versicherte Person bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei:<br>Krankenversicherung, SUVA oder obligatorischer Unfallversicherung, IV, AHV, Militärversicherung,<br>Arbeitslosenkasse, Privatversicherung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |   |   |  |
|                               | Wenn Ja, Policen-Nr.<br>_____   | Name der Gesellschaft<br>_____  |   |  |
| 7. BVG-Versicherer            | Name des BVG-Versicherers<br>_____  |   |   |  |
| 8. Invalidenversicherung      | Meldung für Früherfassung vorgenommen?  | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja, am _____   |  |
|                               | IV-Anmeldung vorgenommen?   | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja, am _____   |  |
| 9. Nachweis Einkommensausfall | <b>Bitte auf der Rückseite ausfüllen.</b>   |   |   |  |

|  |  |            |   |
|--|--|------------|---|
| <b>Selbständig-<br/>erwerbende<br/>und Betriebs-<br/>inhaber/innen</b><br>mit festen<br>Lohnsummen | Branche  | Rechtsform | Anzahl Angestellte  |
|  | Muss der Betrieb während Ihrer Arbeitsunfähigkeit stillgelegt werden?                |            | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
|  | Wenn Nein, entstehen durch den Ausfall Ihrer Person Mehrkosten oder Umsatzeinbussen? |            | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
|  | Wenn Ja, wofür?  |            |   |
|  |  |            | CHF /Monat  |
|  |  | CHF /Monat |   |
| <b>Bitte Kopie der Erfolgsrechnung des letzten Geschäftsjahres beilegen.</b>                       |  |            |   |

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Arbeitslose</b> | <b>Bitte Kopie der letzten Abrechnung der Arbeitslosenversicherung (ALV) beilegen.</b> |
|--------------------|--|

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Angestellte</b> | <b>Bitte füllen Sie oder Ihr Arbeitgeber die folgende Seite aus und lassen Sie diese von Ihrem Arbeitgeber unterschreiben.</b> |
|--------------------|--|

Ort und Datum

Unterschrift versicherte Person

\_\_\_\_\_

## Krank- und Unfallmeldung für Einzel-Taggeldversicherte

inkl. Kollektiv-Versicherte mit festen Lohnsummen

|                  |       |
|------------------|-------|
| Vertrags-Nr.     | _____ |
| Versicherten-Nr. | _____ |

|                    |   |              |                      |
|--------------------|---|--------------|----------------------|
| Versicherte Person | Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl                          | Geburtsdatum | AHV-Nr. (13-stellig) |
|                    | _____   | _____        | _____                |
|                    | _____   | Nationalität | Telefon              |
|                    | _____   | Sprache      | _____                |
|                    | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |              |                      |

| Angestellte<br>inkl. mitarbeitende Familienmitglieder zu festen Lohnsummen              |                              | %                              | CHF/Std.   | CHF/Tag                             | CHF/Monat | CHF/Jahr |
|---|------------------------------|--------------------------------|--|-------------------------------------|-----------|----------|
|   | <b>Grundlohn brutto</b>      | _____                          | _____  | _____                               | _____     | _____    |
|   | Teuerungszulage              | _____                          | _____  | _____                               | _____     | _____    |
|   | Akkord/Provision             | _____                          | _____  | _____                               | _____     | _____    |
|   | Kinder-/Familienzulagen      | _____                          | _____  | _____                               | _____     | _____    |
|   | Ferienentschädigung          | _____                          | _____  | _____                               | _____     | _____    |
|   | Feiertagsentschädigung       | _____                          | _____  | _____                               | _____     | _____    |
|   | Gratifikation/13. Monatslohn | _____                          | _____  | _____                               | _____     | _____    |
|   | Andere Lohnzulagen, Art      | _____                          | _____  | _____                               | _____     | _____    |
|   | Naturallohn, Art             | _____                          | _____  | _____                               | _____     | _____    |
| Arbeitszeit pro Woche   |                              | Arbeitseinsatz                 |  |                                     |           |          |
| Tage  | Stunden                      | betriebsübliche Arbeitsstunden | <input type="checkbox"/> regelmässig                   | <input type="checkbox"/> temporär   |           |          |
| _____   | _____                        | _____                          | <input type="checkbox"/> unregelmässig                 | <input type="checkbox"/> Kurzarbeit |           |          |
| Welches Einkommen erhalten Sie/erhält der Mitarbeitende während der Arbeitsunfähigkeit? |                              |                                |  |                                     |           |          |
| <input type="checkbox"/> Lohnfortzahlung gemäss Arbeitsvertrag                          |                              |                                |  |                                     |           |          |
| von   | bis                          | %                              | CHF  |                                     |           |          |
| _____   | _____                        | _____                          | _____  |                                     |           |          |
| von   | bis                          | %                              | CHF  |                                     |           |          |
| _____   | _____                        | _____                          | _____  |                                     |           |          |
| <input type="checkbox"/> Leistungen aus Kollektiv-Taggeldversicherung                   |                              |                                |  |                                     |           |          |
| von   | bis                          | %                              | CHF  |                                     |           |          |
| _____   | _____                        | _____                          | _____  |                                     |           |          |
| Unterliegt das Einkommen der Quellensteuer?   |                              |                                | Wenn Ja, ZEMIS-Nr. (oder Kopie des Ausweises beilegen) |                                     |           |          |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                               |                              |                                | _____  |                                     |           |          |
| <b>Bitte Kopie der letzten drei Lohnabrechnungen beilegen.</b>                          |                              |                                |  |                                     |           |          |

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber

\_\_\_\_\_