

Krankmeldung Kollektiv-Taggeldversicherung

Vers. Nr.: _____

<p>1) Firma Name: _____ Abteilung: _____ Strasse: _____ PLZ: _____ Ort: _____ Zuständige Person Name: _____ Vorname: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____</p>	<p>Police-Nr.: _____ Personenkreis: _____</p>																																			
<p>2) Versicherte Person <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Name: _____ Vorname: _____ Strasse: _____ PLZ: _____ Ort: _____ Personal-Nr.: _____</p>	<p>AHV-/SV-Nummer: _____ Geb. Datum: _____ Tel. privat: _____ Nationalität: _____ quellensteuerpflichtig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ZAR-Nr.: _____</p>																																			
<p>3) Anstellung Datum der Anstellung _____ Ausgeübter Beruf _____ Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / ArbeiterIn <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/In Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt Arbeitszeit des/der Erkrankten: _____ Stunden je Woche Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ % Betriebsübliche Vollarbeitszeit: _____ Stunden je Woche Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit</p>																																				
<p>4) Beginn der Arbeitsunfähigkeit: _____ Grad der Arbeitsunfähigkeit: _____ % voraussichtliche Dauer: _____ Falls die Arbeit in der Zwischenzeit wieder aufgenommen wurde, wann? _____ zu _____ % Ursache <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Mutterschaft, errechneter Geburtstermin: _____</p>																																				
<p>5) Arztadressen (Name, Vorname und Adresse) Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik _____ Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik _____</p>																																				
<p>6) Art der Erkrankung / Verletzung: _____</p>																																				
<p>7) Lohn (*soweit AHV-pflichtig) Barlohn CHF _____ pro _____ - Grundlohn (brutto) - Kinder-/ Familienzulage (*sofern versichert) - Ferien-/ Feiertagsentschädigung _____ % oder - Gratifikation / 13. Monatslohn _____ % oder - Andere Lohnzulagen Art: _____ - Naturallohn Art: _____</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Std.</th> <th>Tag</th> <th>Monat</th> <th>Jahr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Grundlohn (brutto)</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>- Kinder-/ Familienzulage (*sofern versichert)</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>- Ferien-/ Feiertagsentschädigung _____ % oder</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>- Gratifikation / 13. Monatslohn _____ % oder</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>- Andere Lohnzulagen Art: _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>- Naturallohn Art: _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		Std.	Tag	Monat	Jahr	- Grundlohn (brutto)	_____	_____	_____	_____	- Kinder-/ Familienzulage (*sofern versichert)	_____	_____	_____	_____	- Ferien-/ Feiertagsentschädigung _____ % oder	_____	_____	_____	_____	- Gratifikation / 13. Monatslohn _____ % oder	_____	_____	_____	_____	- Andere Lohnzulagen Art: _____	_____	_____	_____	_____	- Naturallohn Art: _____	_____	_____	_____	_____
	Std.	Tag	Monat	Jahr																																
- Grundlohn (brutto)	_____	_____	_____	_____																																
- Kinder-/ Familienzulage (*sofern versichert)	_____	_____	_____	_____																																
- Ferien-/ Feiertagsentschädigung _____ % oder	_____	_____	_____	_____																																
- Gratifikation / 13. Monatslohn _____ % oder	_____	_____	_____	_____																																
- Andere Lohnzulagen Art: _____	_____	_____	_____	_____																																
- Naturallohn Art: _____	_____	_____	_____	_____																																
<p>8) 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)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei welcher Versicherung? _____ Wenn nein, wurde ein Taggeld- oder Rentenanspruch gegenüber den erwähnten Versicherungen geltend gemacht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei welcher Versicherung? _____</p>																																				
<p>9) Bemerkungen: _____</p>																																				
<p>10) Bestätigung: Die Angaben wurden wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet. <input type="checkbox"/></p>																																				

Die erkrankte Person ermächtigt die CONCORDIA Versicherungen AG (bei einer Taggeldversicherung nach VVG) oder die CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG (bei einer Taggeldversicherung nach KVG) die zur Abklärung des Leistungsfalles erforderlichen Daten zu bearbeiten. Sie ermächtigt die CONCORDIA Versicherungen AG (bei einer Taggeldversicherung nach VVG) und die CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG (bei einer Taggeldversicherung nach KVG) 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. Der Versicherte ermächtigt die CONCORDIA Versicherungen AG (bei einer Taggeldversicherung nach VVG) oder die CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG (bei einer Taggeldversicherung nach KVG), die aus diesem Leistungsfall bekannten Daten innerhalb ihrer Gesellschaft weiterzuleiten. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort und Datum _____

.....
 Unterschrift des Versicherungsnehmers

.....
 Unterschrift der erkrankten Person

Geht an: CONCORDIA