



CSS

Versicherung

Arbeitsunfähigkeitsmeldung

Die Krankentaggeldversicherungen für Unternehmen

Bitte machen Sie Ihre Ansprüche innert fünf Tagen nach Ablauf der vereinbarten Wartezeit, spätestens jedoch 30 Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit geltend. Bitte legen Sie das Arbeitsunfähigkeitszeugnis oder den Arbeitsunfähigkeitschein bei.

1 Versicherungsnehmer/in

Firma	Partnernummer	Policennummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	E-Mail	PLZ/Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontaktperson	Telefonnummer	Telefaxnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2 Versicherte Person

2.1 Personalien

Vorname	Name	Kundennummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummern		Geschlecht
Privat <input type="text"/>	Mobile <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich
AHV-Nummer	Staatsangehörigkeit	Aufenthaltsbewilligung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Andere
Quellensteuerpflichtig	Korrespondenzsprache	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Italienisch	
Datum der Anstellung	Arbeitsverhältnis ist	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ungekündigt <input type="checkbox"/> gekündigt per <input type="text"/>	

2.2 Berufliche Tätigkeit

Aktuelle berufliche Tätigkeit	Branche
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tätigkeit ist überwiegend	<input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> wechselnd
	<input type="checkbox"/> administrativ <input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> Heben von Gewichten
Arbeitszeit	
<input type="checkbox"/> Regelmässig <input type="checkbox"/> Unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit <input type="checkbox"/> Betriebsüblich <input type="text"/> Stunden/Woche <input type="text"/> Pensum in %	
Weitere Arbeitgeber	
Name	Adresse
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.3 Personenkreis

<input type="checkbox"/> Inhaber/in	<input type="checkbox"/> Angestellte/r	<input type="checkbox"/> Teilzeitangestellte/r	<input type="checkbox"/> Familienangehörige/r
<input type="checkbox"/> Aushilfe	<input type="checkbox"/> Lernende/r	<input type="checkbox"/> Pensionierte/r	<input type="text"/>

2.4 Lohn

Lohn in CHF

pro Stunde

pro Monat

pro Jahr

Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulagen (brutto)

Kinder-, Familienzulage nur angeben, wenn versichert

Ferien-, Feiertagsentschädigung

Gratifikation, 13. Monatslohn

Andere Lohnzahlungen

Welche

AHV-pflichtig

2.5 Andere Versicherungsleistungen

Bezieht die versicherte Person oder hat sie Anspruch auf Leistungen aus Sozialversicherungen (AHV, Invalidenversicherung, Krankenversicherung, Militärversicherung, Unfallversicherung, Arbeitslosenversicherung u. a.) oder Privatversicherungen, auch ausländischen Sozial- und Privatversicherungen, oder sind solche beantragt worden?

Nein

Ja (bitte legen Sie einen Beleg bei)

Name, Adresse der Versicherung

Art der Leistung

3 Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähig wegen

Krankheit

Unfall

Berufskrankheit

Mutterschaft

Voraussichtlicher Geburtstermin

Angabe zur Krankheit*

Rückenbeschwerden

Psychische Erkrankung

Herz-Kreislaufkrankung

*Der Arbeitgeber ist verpflichtet, den Arbeitnehmer über die Weiterleitung der Information aufmerksam zu machen.

Krebsleiden

Andere Erkrankung

Rückfall

Nein

Ja

Welcher

Letzter Arbeitstag vor der Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeitsgrad

%

von

bis

%

von

bis

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit Tage

Name, Adresse des behandelnden Arztes

Sind weitere Abklärungen erwünscht?

Ja

Nein

Wichtige Mitteilungen und Bemerkungen

Ort

Datum

Stempel, Unterschrift Versicherungsnehmer