

## Krankmeldung Kollektiv-Taggeldversicherung für Arbeitnehmer

Vertrags-Nr. \_\_\_\_\_

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____ _____	Telefon _____				
		Personengruppe (Betriebszweig) _____				
2. Versicherte Person	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl _____ _____ _____	Geburtsdatum _____	AHV-Nr. (13-stellig) _____			
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Nationalität _____	Telefon _____			
		Sprache _____				
3. Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit _____			<input type="checkbox"/> Kader	<input type="checkbox"/> gelernt	
	Erlerner Beruf _____			<input type="checkbox"/> angelehrt	<input type="checkbox"/> ungelernt	
	Datum der Anstellung _____			<input type="checkbox"/> Lernende/r	<input type="checkbox"/> Praktikant/in	
	Arbeitsverhältnis gekündigt per/befristet bis _____			<input type="checkbox"/> unbekannt		
4. Arbeitszeit je Woche	Tage    Std.    betriebsübliche Arbeitsstunden _____	Arbeitseinsatz		<input type="checkbox"/> temporär		
		<input type="checkbox"/> regelmässig		<input type="checkbox"/> Kurzarbeit		
		<input type="checkbox"/> unregelmässig				
5. Ausländische Arbeitnehmer/in	Quellensteuerpflichtig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja, ZAR-Nr. (oder Ausweiskopie beilegen) _____	<input type="checkbox"/> Daueraufenthalter/in (B-EG)		<input type="checkbox"/> Jahresaufenthalter/in (B)		
		<input type="checkbox"/> Niedergelassene/r (C, C-EG)		<input type="checkbox"/> Kurzaufenthalter/in (L, L-EG)		
		<input type="checkbox"/> Grenzgänger/in (G, G-EG)		<input type="checkbox"/> Asylsuchende/r (N)		
		<input type="checkbox"/> vorläufig Aufgenommene/r (F)				
6. Arbeitsunfähigkeit	Letzter Arbeitstag vor AUF _____	<input type="checkbox"/> Krankheit		<input type="checkbox"/> Unfall		
	Ab Datum _____	<input type="checkbox"/> Mutterschaft, errechneter Geburtstermin _____				
	Bis Datum _____					
	Voraussichtliche Dauer _____	Arbeitsunfähig zu		%		
7. Behandelnder Arzt/Spital	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____ _____	Datum erster Arztbesuch _____				
8. Lohn (gemäss AHV bzw. Police, sofern anders vereinbart)	<b>Grundlohn brutto</b> vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit bzw. Durchschnitt der letzten 12 Monate bei unregelmässigem Arbeitseinsatz ( <b>pro Monat ohne 13. Monatslohn</b> )	CHF pro	Std. (1)	Tag (2)	Monat (3)	Jahr (4)
	Teuerungszulage	CHF oder %	_____	_____	_____	_____
	Akkord/Provision	CHF oder %	_____	_____	_____	_____
	Kinder-/Familienzulagen	CHF oder %	_____	_____	_____	_____
	Ferienentschädigung	CHF oder %	_____	_____	_____	_____
	Feiertagsentschädigung	CHF oder %	_____	_____	_____	_____
	<b>Gratifikation/13. Monatslohn</b>	CHF oder %	_____	_____	_____	_____
	Andere Lohnzulagen, Art	CHF oder %	_____	_____	_____	_____
	Naturallohn, Art	CHF oder %	_____	_____	_____	_____
9. Zahlungsverbindung	<input type="checkbox"/> Wie bisher Name des Kontoinhabers _____	Name und Adresse der Bank _____				
	Postkonto-Nr. _____	Bankkonto-Nr. _____				
	Zahlung an <input type="checkbox"/> Versicherte/r <input type="checkbox"/> Arbeitgeber	IBAN-Nr. _____		Bankclearing-Nr. _____		
10. 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 _____					
11. Andere Versicherungsleistungen	Hat die versicherte Person bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenversicherung, SUVA oder obligatorischer Unfallversicherung, IV, AHV, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse, Privatversicherung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja					
	Name der Gesellschaft: _____ Wenn Ja, Policen-Nr. _____					
12. BVG-Versicherer	Name des BVG Versicherers: _____					

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber

Arbeitnehmer

## Krankmeldung Kollektiv-Taggeldversicherung für Arbeitnehmer

Vertrags-Nr. \_\_\_\_\_

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____ _____	Telefon _____				
		Personengruppe (Betriebszweig) _____				
2. Versicherte Person	Name, Vorname und Adresse mit Postleitzahl _____ _____ _____	Geburtsdatum _____	AHV-Nr. (13-stellig) _____			
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Nationalität _____	Telefon _____			
		Sprache _____				
3. Anstellung	Übliche berufliche Tätigkeit _____			<input type="checkbox"/> Kader	<input type="checkbox"/> gelernt	
	Erlerner Beruf _____			<input type="checkbox"/> angelehrt	<input type="checkbox"/> ungelernt	
	Datum der Anstellung _____			<input type="checkbox"/> Lernende/r	<input type="checkbox"/> Praktikant/in	
	Arbeitsverhältnis gekündigt per/befristet bis _____			<input type="checkbox"/> unbekannt		
4. Arbeitszeit je Woche	Tage    Std.    betriebsübliche Arbeitsstunden _____	Arbeitseinsatz		<input type="checkbox"/> temporär		
		<input type="checkbox"/> regelmässig		<input type="checkbox"/> Kurzarbeit		
		<input type="checkbox"/> unregelmässig				
5. Ausländische Arbeitnehmer/in	Quellensteuerpflichtig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja, ZAR-Nr. (oder Ausweiskopie beilegen) _____	<input type="checkbox"/> Daueraufenthalter/in (B-EG)		<input type="checkbox"/> Jahresaufenthalter/in (B)		
		<input type="checkbox"/> Niedergelassene/r (C, C-EG)		<input type="checkbox"/> Kurzaufenthalter/in (L, L-EG)		
		<input type="checkbox"/> Grenzgänger/in (G, G-EG)		<input type="checkbox"/> Asylsuchende/r (N)		
		<input type="checkbox"/> vorläufig Aufgenommene/r (F)				
6. Arbeitsunfähigkeit	Letzter Arbeitstag vor AUF _____	<input type="checkbox"/> Krankheit		<input type="checkbox"/> Unfall		
	Ab Datum _____	<input type="checkbox"/> Mutterschaft, errechneter Geburtstermin _____				
	Bis Datum _____					
	Voraussichtliche Dauer _____	Arbeitsunfähig zu		%		
7. Behandelnder Arzt/Spital	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____ _____	Datum erster Arztbesuch _____				
8. Lohn (gemäss AHV bzw. Police, sofern anders vereinbart)	<b>Grundlohn brutto</b> vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit bzw. Durchschnitt der letzten 12 Monate bei unregelmässigem Arbeitseinsatz ( <b>pro Monat ohne 13. Monatslohn</b> ) CHF pro	Std. (1)	Tag (2)	Monat (3)	Jahr (4)	
	Teuerungszulage    CHF oder %	_____	_____	_____	_____	
	Akkord/Provision    CHF oder %	_____	_____	_____	_____	
	Kinder-/Familienzulagen    CHF oder %	_____	_____	_____	_____	
	Ferienentschädigung    CHF oder %	_____	_____	_____	_____	
	Feiertagsentschädigung    CHF oder %	_____	_____	_____	_____	
	<b>Gratifikation/13. Monatslohn</b> CHF oder %	_____	_____	_____	_____	
	Andere Lohnzulagen, Art    CHF oder %	_____	_____	_____	_____	
	Naturallohn, Art    CHF oder %	_____	_____	_____	_____	
9. Zahlungsverbindung	<input type="checkbox"/> Wie bisher Name des Kontoinhabers _____	Name und Adresse der Bank _____				
	Postkonto-Nr. _____	Bankkonto-Nr. _____				
	Zahlung an <input type="checkbox"/> Versicherte/r <input type="checkbox"/> Arbeitgeber	IBAN-Nr. _____			Bankclearing-Nr. _____	
10. 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 _____					
11. Andere Versicherungsleistungen	Hat die versicherte Person bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenversicherung, SUVA oder obligatorischer Unfallversicherung, IV, AHV, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse, Privatversicherung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja					
	Name der Gesellschaft: _____    Wenn Ja, Policen-Nr. _____					
12. BVG-Versicherer	Name des BVG Versicherers: _____					

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber

Arbeitnehmer