

Krankmeldung Kollektiv-Taggeldversicherung nach KVG (Krankenversicherungsgesetz)

Versicherungsnehmer

Firma _____
 Zuständige Person _____
 Strasse _____
 PLZ / Ort _____
 Telefonnummer _____

Versicherte Person

Name _____ Versicherten-Nr. _____
 Vorname _____ AHV-Nr. _____
 Geburtsdatum _____ Berufliche Tätigkeit _____
 Adresse _____ Telefonnummer _____
 PLZ / Ort _____
 Geschlecht männlich weiblich

Krankheit / Unfall / Mutterschaft

Behandelnde Ärztin / Behandelnder Arzt _____
 Grund _____ Krankheit Unfall Mutterschaft
 Bei Schwangerschaft Geburtstermin (wenn bekannt) _____
 Arbeitsunfähig seit? _____ Ganz Teilweise zu _____ %
 Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit _____
 Arbeit wieder aufgenommen ab? _____ Ganz Teilweise zu _____ %

Bitte dieser Meldung die bereits vorliegenden Arztzeugnisse beilegen.

Anzahl krankheitsbedingte Absenzen während den letzten 12 Monaten

bis 1 Woche: _____mal
 bis 2 Wochen: _____mal
 länger als 2 Wochen: _____mal
 Bemerkung: _____

Sind Ferien im Ausland geplant? Nein Ja Wenn ja, von/bis? _____

Lohndaten

Arbeitszeit der versicherten Person

Beschäftigungsgrad _____ %
 Tage pro Woche _____
 Stunden pro Woche _____
 Betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit _____

Versicherter Lohn

Grundlohn: CHF

Std.	Monat

Versicherte Zulagen

Kinder-/Familienzulagen: CHF

--	--

 Ferien-/Feiertagsentschädigung: _____ % Oder: CHF

--	--

 Andere AHV-pflichtige Lohnzulagen (Art): _____ Oder: CHF

--	--

 Gratifikation: _____ % Oder: CHF

--	--

 13. Monatslohn: _____ % Oder: CHF

--	--

Das Taggeld ist auszuführen

versicherte Person

Betrieb

IBAN Nr.: _____
 Bank-/Postadresse: _____

Andere Versicherungsleistungen

Besteht noch bei einer anderen Gesellschaft Anspruch auf Taggeldleistungen für diesen Fall? ja nein

Wenn ja, bei welcher Versicherung?

Bei welcher Krankenkasse sind für die versicherte Person die Heilungskosten versichert?

Ort und Datum

Telefon für Rückfragen

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Tätigkeit im Betrieb

Arbeitsverhältnis seit: _____ Unbefristet
 Berufliche Tätigkeit: _____ Befristet
 Gekündigt per _____

Kurzbeschreibung der aktuellen beruflichen Tätigkeit:

Prozentuale Aufteilung der Tätigkeit

____ % stehend Körperliche Arbeit:
 ____ % sitzend Leicht
 ____ % wechselnd Mittel
 ____ % administrativ Schwer
 Belastet die Tätigkeit: Rücken? Schultern?
 Müssen regelmässig Gewichte über 10kg gehoben werden? Nein Ja >ca ____ mal pro Tag

Arztzeugnis

Name	_____	Versicherten-Nr.	_____
Vorname	_____	Telefonnummer	_____
Geburtsdatum	_____	Berufliche Tätigkeit	_____
Adresse	_____		
PLZ/Ort	_____		
Ärztin / Arzt	_____		
Grund	Krankheit	Unfall	Mutterschaft
Bei Schwangerschaft Geburtstermin	_____		
Arbeitsunfähig seit	_____	_____	_____
	ganz	teilweise zu	%
Voraussichtliche Dauer der	_____		
Arbeitsunfähigkeit	_____		
Arbeit wieder aufgenommen ab	_____	_____	_____
	ganz	teilweise zu	%

Wenn die Arbeitsunfähigkeit länger als 14 Tage dauert, unbedingt das ganze Formular durch die Ärztin oder den Arzt ausfüllen lassen. (Diagnose bitte immer angeben)

Diagnose

Angaben zur Person, Anamnese zum Leiden, Beschwerden, Rückfall

Behandlungsbeginn

Attestierte Arbeitsunfähigkeit

Therapie

Was haben Sie veranlasst? _____

Schlagen Sie besondere Massnahmen vor? _____

Findet eine spezialärztliche Abklärung statt? Wo? _____

Prognose zur Dauer der Arbeitsunfähigkeit?

Ort / Datum

Stempel der Ärztin / des Arztes

Antwort an: Sumiswalder Krankenkasse, Vertrauensärztlicher Dienst, Spitalstr. 47, 3454 Sumiswald / Fax 034 432 30 90

