

Schadenanzeige Kollektiv Krankentaggeldversicherung

Police Nr.	
Gesellschaft	
1. Versicherungsnehmer	
Name / Firma	
Strasse	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
Kontaktperson	
E-Mailadresse	
Der MwSt unterstellt? (Abzugsberechtigt?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> pauschale Abrechnung
MwSt-Nummer	
2. Erkrankte Person	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Zivilstand	
AHV-Nr.	
Adresse	
Telefon Privat	
Telefon Geschäft	
Post-/Bankkonto-Nr.	
Bank/Filiale	
Tätigkeit: Beschäftigt als	
Angestellt seit	
Verwandt mit Versicherungsnehmer?	
wenn ja, wie?	
3. Krankheit	
Art der Krankheit	
Arbeitsunfähig seit wann?	<input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> ganz
Voraussichtliche Dauer	
Beginn der ärztlichen Behandlung	

Name & Adresse des behandelnden Arztes	
--	--

Hat der Patient schon früher an der gleichen Krankheit gelitten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Wann?	
-------	--

Wer war damals behandelnder Arzt?	
-----------------------------------	--

4. Mutterschaft

(voraussichtlicher) Geburtstermin	
-----------------------------------	--

Behandelnder Arzt	
-------------------	--

5. Arbeitszeit der versicherten Person

Arbeitszeit	
-------------	--

Tage je Woche	
---------------	--

Stunden je Woche	
------------------	--

Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden	
---	--

Arbeitseinsatz	<input type="checkbox"/> unregelmässig	<input type="checkbox"/> Kurzarbeit
----------------	--	-------------------------------------

6. Lohn der versicherten Person

Fester Lohn gemäss Police	CHF	
---------------------------	-----	--

Massgebender Lohn pro Std. | Tag | Monat | Jahr

Barlohn	Grundlohn (AHV-Lohn) CHF	
	Teuerungszulage CHF	
	Akkord / Provision CHF	
	Ferien / Feiertagsentschädigung CHF	
	Andere Lohnzulagen CHF	
	Gratifikation / 13. Monatslohn CHF	
Naturallohn in CHF	CHF	
Naturallohn Art		
Total	CHF	

7. Andere Versicherungen

Bestehen noch andere Versicherungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Wenn ja, bitte Gesellschaft und Police-Nr. angeben	
--	--

8. Zahlung

Name, Vorname, Adresse	
------------------------	--

Post- / Bankkonto Nr.	
-----------------------	--

Bank / Filiale	
----------------	--

9. Unterschrift

Ort, Datum	
------------	--

Unterschrift	
--------------	--

Der/die Versicherungsnehmer/in darf ohne Zustimmung der Gesellschaft keine Forderungen anerkennen und ermächtigt den Versicherer in die erforderlichen Akten Einsicht zu nehmen. Im weiteren ermächtigt er/sie den Versicherer alle notwendigen zur Regelung des Schadenfalls benötigten Angaben oder Unterlagen einzuverlangen oder am Schadenfall interessierten Dritten zu übermitteln.

zusätzlicher Text:

Senden

Drucken

