

Krankmeldung Kollektiv-Taggeldversicherung		Vers. Nr.		
1. Arbeitgeber Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.		Police-Nr.	
	Kontaktperson (Name, Telefonnummer, E-Mail)			
	Üblicher Arbeitsplatz des/der Erkrankten (Betriebszweig)			
2. Erkrankte Person Name und Adresse mit Postleitzahl Quellensteuerpflicht:	Geburtsdatum		SV-Nummer / AHV-Nummer	
	Tel.-Nr. (sofern bekannt)		Staatsangehörigkeit	
	Zivilstand		Geschlecht	
3. Anstellung Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf		Personengruppe / -kreis	
	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 Betriebsübliche Vollarbeitszeit: Stunden je Woche		Vertraglicher Beschäftigungsgrad: % Arbeitseinsatz:	
4. Ereignis				
5. Arbeitsunfähigkeit	Arbeit zufolge Krankheit ausgesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, ab wann?			
	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit:		Falls Arbeit wieder aufgenommen: % Ab wann? <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise	
6. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik		Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	
7. Lohn CHF Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto) Kinder-/Familienzulagen Ferien-/Feiertagsentschädigung Gratifikation/13. Monatslohn Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage) Bezeichnung:	Stunde	Monat	Jahr	
8. Andere Versicherungen	Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenversicherung, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Berufliche Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse, oder auf Mutterschaftsentschädigung? Wenn ja, wo?			
9. Bemerkung an die Versicherung				

Die erkrankte Person ermächtigt die CONCORDIA die zur Abwicklung des Leistungsfalles erforderlichen Daten zu bearbeiten. Sie ermächtigt die CONCORDIA 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, die aus diesem Leistungsfall bekannten Daten innerhalb der CONCORDIA weiterzuleiten. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der erkrankten Person

Geht an: CONCORDIA