

Krankheitsanzeige

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Telefon	Policen-Nr.		
		Kontaktperson (Name, Telefonnummer, E-Mail)			
		Üblicher Arbeitsplatz des / der Erkrankten (Betriebszweig)			
2. Erkrankte Person	Name und Adresse mit Postleitzahl	Geburtsdatum	SV-Nummer / AHV-Nummer		
		Telefon (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit		
	Quellensteuerpflicht:	Zivilstand	Anzahl Kinder bis 18 Jahre oder bis 25 Jahre in Ausbildung: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> keine		
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 / Arbeiter/in <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: <input type="text"/> (Stunden je Woche)	Tage je Woche: <input type="text"/>	Betriebsübliche Vollarbeitszeit: <input type="text"/> (Stunden je Woche)		
4. Ereignis		Erkrankungsdatum: <input type="text"/>			
5. Arbeitsunfähigkeit	Arbeit zufolge Krankheit ausgesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, ab wann? <input type="text"/>			
6. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik			
7. Lohn		CHF pro	Stunde ¹	Monat ²	Jahr ³
	Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)				
	Kinder-/Familienzulagen				
	Ferien-/Feiertagsentschädigung				
	Gratifikation / 13. Monatslohn (und weitere)				
	Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage)				
Bezeichnung: <input type="text"/>					
8. Überweisung	Die Taggeldauszahlung ist auf folgendes Postcheck- oder Bankkonto zu überweisen:				
	Name des Kontoinhabers:	<input type="text"/>			
9. Andere Versicherungen	Hat die versicherte Person bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente einer Krankenversicherung, der Suva oder einer anderen obligatorischen Unfallversicherung, der Invalidenversicherung, der Alters- und Hinterlassenenversicherung, einer beruflichen Vorsorgeeinrichtung, der Militärversicherung oder der Arbeitslosenkasse?	Wenn ja, wo? <input type="text"/>			
10. Bemerkungen an die Versicherung	<input type="text"/>				
	Ort und Datum:	Firma und Unterschrift:			

Krankheitsanzeige

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Telefon	Policen-Nr.		
		Kontaktperson (Name, Telefonnummer, E-Mail)			
		Üblicher Arbeitsplatz des / der Erkrankten (Betriebszweig)			
2. Erkrankte Person	Name und Adresse mit Postleitzahl	Geburtsdatum	SV-Nummer / AHV-Nummer		
		Telefon (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit		
	Quellensteuerpflicht:	Zivilstand	Anzahl Kinder bis 18 Jahre oder bis 25 Jahre in Ausbildung: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> keine		
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 / Arbeiter/in <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: <input type="text"/> (Stunden je Woche)	Tage je Woche: <input type="text"/>	Betriebsübliche Vollarbeitszeit: <input type="text"/> (Stunden je Woche)		
4. Ereignis		Erkrankungsdatum: <input type="text"/>			
5. Arbeitsunfähigkeit	Arbeit zufolge Krankheit ausgesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, ab wann? <input type="text"/>			
6. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital / Klinik			
7. Lohn		CHF pro	Stunde ¹	Monat ²	Jahr ³
	Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)				
	Kinder-/Familienzulagen				
	Ferien-/Feiertagsentschädigung				
	Gratifikation / 13. Monatslohn (und weitere)				
	Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage)				
Bezeichnung: <input type="text"/>					
8. Überweisung	Die Taggeldauszahlung ist auf folgendes Postcheck- oder Bankkonto zu überweisen:				
	Name des Kontoinhabers:	<input type="text"/>			
9. Andere Versicherungen	Hat die versicherte Person bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente einer Krankenversicherung, der Suva oder einer anderen obligatorischen Unfallversicherung, der Invalidenversicherung, der Alters- und Hinterlassenenversicherung, einer beruflichen Vorsorgeeinrichtung, der Militärversicherung oder der Arbeitslosenkasse?		Wenn ja, wo?		
			<input type="text"/>		
			<input type="text"/>		
10. Bemerkungen an die Versicherung	<input type="text"/>				
	Ort und Datum:		Firma und Unterschrift:		

Richtigkeitsbestätigung und Vollmacht

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Telefon	Policen-Nr.
		Kontaktperson (Name, Telefonnummer, E-Mail)	
		Üblicher Arbeitsplatz des / der Erkrankten (Betriebszweig)	
2. Erkrankte Person	Name und Adresse mit Postleitzahl	Geburtsdatum	SV-Nummer / AHV-Nummer
		Telefon (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit
	Quellensteuerpflicht:	Zivilstand	Anzahl Kinder bis 18 Jahre oder bis 25 Jahre in Ausbildung: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> keine

Richtigkeitsbestätigung und Vollmacht

Die versicherte Person oder deren Vertretung bestätigt die Richtigkeit der gemachten Angaben. Sie nimmt davon Kenntnis, dass unwahre oder fehlende Angaben eine Leistungsverweigerung oder -kürzung, eine Rückforderung oder eine nachträgliche Ablehnung zur Folge haben können.

Die versicherte Person oder deren Vertretung ermächtigt KK Elm, zur Abwicklung des angemeldeten Versicherungsfalles in folgenden Akten Einsicht zu nehmen:

- medizinische Akten der Leistungserbringer (Ärzte, Therapeuten)
- medizinische und amtliche Akten der mitbeteiligten Sozialversicherer (Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Militärversicherung, Krankenversicherung, berufliche Vorsorge)

Die versicherte Person ist damit einverstanden, dass KK Elm die für die Schadenfallbearbeitung erforderlichen Daten ihrem Case Manager und anderen Sozialversicherern (Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Militärversicherung, Krankenversicherung, berufliche Vorsorge) übermitteln kann.

Ort und Datum:

Unterschrift der versicherten Person

Ort und Datum:

Unterschrift Versicherungsnehmer/in

