Krankheitsmeldung KTG

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Krankheit | [ ]  Mutterschaft | [ ]  Unfall/Berufskrankheit | [ ]  Rückfall |
| Versicherungsgesellschaft |       |
| Policen-Nummer |       |
| Schaden-Nummer |       |
| Versicherungsnehmer |
| Name, Vorname / Firma |       |
| Ansprechpartner |       |
| Strasse und Ort |       |
| Telefon |       | E-Mail |       |
| Bank- oder Postcheckkonto / IBAN-Nr. | Bankname und Nummer |
| Sind Sie MwSt-vorsteuerabzugsberechtigt? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Erkrankte Person |
| Name, Vorname |       |
| Strasse und Ort |       |
| Telefon |       | E-Mail |       |
| Staatsangehörigkeit |       | Zivilstand |       |
| Aufenthaltsbewilligung | [ ]  A | [ ]  B | [ ]  C | Andere |       |
| Geburtsdatum |       | Geschlecht |       |
| AHV-Nummer (11 stellig) |       |
| Anstellung |
| Datum der Anstellung |       | Ausgeübter Beruf |       |
| Verhältnis | [ ]  Unbefristet | [ ]  Befristet | Gekündigt per |       |
| Stellung |
| [ ]  Höheres Kader | [ ]  Mittleres Kader | [ ]  Angestellte/r / Arbeiter/in |
| [ ]  Lernende/r | [ ]  Praktikant/in | [ ]  Als |       |
| Prozentuale Aufteilung |   | % stehend |   | % wechselnd |   | % sitzend |
| Körperliche Belastung | [ ]  | Schwer | [ ]  | Mittel | [ ]  | Leicht |
| Belastet die Tätigkeit | [ ]  | Rücken | [ ]  | Schultern | [ ]  | Keine Belastung von Rücken und/oder Schulter |
| Müssen regelmässig Gewichte über 10 kg gehoben werden | [ ]  | Nein | [ ]  | Ja | Ca. |       mal pro Tag |

|  |
| --- |
| Krankheitsdaten |
| Beginn der Arbeitsunfähigkeit |       | Voraussichtliche Dauer |       |
| Ursache | [ ]  | Krankheit | [ ]  | Mutterschaft | [ ]  | Unfall Berufskrankheit |
| Hat der Patient schon früher an der gleichen Krankheit gelitten | [ ]  | Nein | [ ]  | Ja | Wann |       |
| Art des Leidens |       |
| Arztadressen |
| Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik |       |
| Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik |       |
| Krankheitsbedingte Absenzen während der letzten 12 Monate |
| Bis 1 Woche |   | mal | Bis 2 Wochen |   | mal | Länger als 2 Wochen |   | mal |
| Bemerkungen |
| Sind Ferien im Ausland geplant | [ ]  | Nein | [ ]  | Ja | Von – bis |       |
| Lohndaten |
| Die versicherte Person hat die Arbeit verlassen | am       | um |       | Uhr |
| Die versicherte Person hat die Arbeit wieder aufgenommen | Teilweise zu |   | % | am |       | um |       | Uhr |
| Arbeitszeit des/der Verletzten je Woche | Stunden je Woche |       | [ ]  Unregelmässig |
| Tage je Woche |       | [ ]  Unregelmässig |
|  |  | [ ]  Kurzarbeit |
| Betriebsübliche Vollarbeitszeit |       | Stunden je Woche |       |
| Lohn | CHF pro | Stunde | Monat | Jahr |
| Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto) |  |       |       |       |
| Kinder-/Familienzulagen |  |       |       |       |
| Ferien-/Feiertagsentschädigung |  % oder |       |       |       |
| Gratifikation/13.Monatslohn (und weitere) |  % oder |       |       |       |
| Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord/Provision/Naturallohn/ Schichtzulage) |       |       |       |
| Bezeichnung |       |
| Andere Sozialversicherungsleistungen |
| 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? |
| Wenn ja, welche |       |
| Name der obligatorischen Krankenversicherung |       |

|  |
| --- |
| Bemerkungen |
|       |
| Die unterzeichnete Person ermächtigt die Versicherungsgesellschaften zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum |       | Stempel und Unterschrift |       |

Bitte senden Sie das Formular entweder per E-Mail an broker@schreibermaronsprenger.li oder per Post.

Die Adresse finden Sie auf der ersten Seite unten links. Vielen Dank.