

### Versicherungsnehmer

Kundennummer : .....  
 Betrieb : .....  
 Sachbearbeiter : .....  
 Strasse : .....  
 PLZ / Ort : .....  
 Telefonnummer : .....  
 Email : .....

### Versicherte Person

AHV-Nummer : .....  
 Name : .....  
 Vorname : .....  
 Strasse : .....  
 PLZ / Ort : .....  
 Telefonnummer : .....  
 E-Mail : .....  
 Geburtsdatum : .....  
 Eintrittsdatum : .....  
 Berufliche Tätigkeit : .....

### Bankverbindung oder PC-Konto für die Überweisung

Name der Bank : .....  
 Adresse : .....  
 Clearing : .....  
 Kontoinhaber : .....  
 IBAN : .....  
 Postscheckkonto : .....

Nationalität : ..... Zivilstand : .....  
 Arbeitsbewilligung (nur für Ausländer) : .....  
 B  C  F  G  L  N  
 Gültig : von ..... bis .....  
 Arbeitsvertrag gekündigt auf den : .....

regelmässige Arbeit  unregelmässige Arbeit  Arbeitszeit der versicherten Person : Tage/Woche ..... Stunden/Woche .....  
 Beschäftigungsgrad der versicherten Person : ..... %

### Lohn

Grundlohn (brutto)  
 Teuerungszulage  
 Akkord / Provision  
 Kinder- / Familienzulagen  
 Ferien- / Feiertagsentschädigung  
 Andere Lohnzulagen  
 Gratifikation / 13. Monatslohn

Stunde	Tag	Monat	Jahr

*Bitte Kopien der letzten sechs Lohnabrechnungen beilegen*

An welcher Krankheit leidet die versicherte Person ?

.....

Handelt es sich um eine Schwangerschaft ?

Nein  Ja  Geburt vorgesehen am .....

Name, Vorname und Adresse des behandelnden Arztes

.....  
 .....

Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit

..... % vom ..... bis .....

Wiederaufnahme der Arbeit

am ..... vorgesehen am .....

Hat die versicherte Person bereits Anspruch auf Leistungen einer anderen Versicherung (Taggelder oder Rente) ?

Nein  Ja  .....

Wenn ja, welche ?

.....

Datum : ..... Stempel & Unterschrift des Versicherungsnehmers : .....