BIB consulting

Ihr Partner für
- Versicherungen für KMU
- Finanzdienstleistungen
- Vorsorgeplanungen
- Vorsorgeaufträge
- Nachlassregelungen

052 647 44 00
schaden@bibconsulting.ch
bibconsulting.ch

Krankmeldung

Firmendaten

Firma _____ Bank _____
UID _____ IBAN _____
Adresse _____ Versicherer _____
PLZ Ort _____ Police-Nr. _____

Versicherte Person

Name Vorname _____ Nationalität _____
Geburtstag _____ Zivilstand _____
Adresse _____ AHV/SV-Nr. _____
PLZ Ort _____ Quellensteuerpfl. Nr. _____
Telefon _____ Ausbildungsstand _____
E-Mail _____

Anstellungsangaben

Berufliche Tätigkeit _____ Angestellt seit _____
Arbeitszeit/Woche _____ Betriebsüblich Std./Woche _____

☐ Stundenlohn _____ (inkl. Ferien und Feiertagsentschädigung)
☐ Monatslohn _____ Anzahl Monate ☐ × 12 ☐ × 13
☐ Jahreslohn _____
☐ Kinderzulagen _____

Arbeitsunfähigkeit

Beginn _____ Uhrzeit _____
Arbeitsunfähigk. in % _____ Bis _____
Erstbeh. Arzt _____ Grund Arbeitsunf. _____

Anderer Versicherer

Andere Versicherung leistungpflichtig _____
Wenn Ja, Name _____ Adresse _____
Obligat. Krankenvers. _____ Weiterer Arbeitg. _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Der Unterzeichnende/Übermittelnde bestätigt, die Meldung wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.
Die Datenweitergabe von versicherten Personen wird hiermit akzeptiert.

Senden