

Taggeldmeldung

KVG

VVG

Versicherte Person

Vers.-Nr.
Archiv-Nr.
Geburtsdatum
Telefon-Nr.
E-Mail

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin
Sehr geehrter Versicherungsnehmer

Ihren Taggeldanspruch möchten wir möglichst schnell und ohne aufwendige Rückfragen beurteilen und ausrichten können. Dazu benötigen wir einige Angaben. Wir bitten Sie, folgende Punkte genau zu beachten:

- ➔ Dieses Formular ist vollständig auszufüllen und an folgende Adresse einzureichen:
Agrisano, Laurstrasse 10, 5201 Brugg
- ➔ Das separate Formular « ärztliche Angaben » ist durch Ihren behandelnden Arzt auszufüllen und ebenfalls der Agrisano zuzustellen.
- ➔ In der Regel sind länger andauernde Arbeitsunfähigkeiten jeden Monat vom Arzt aktuell festzusetzen. In diesem Fall stellen wir Ihnen zu gegebener Zeit oder auf Verlangen das Formular « weitergehende Taggeldmeldung » zu.

Danke für Ihre Mithilfe.

Angaben des Versicherten (von der versicherten Person auszufüllen)

1. Von folgenden Versicherungen erhalte ich Leistungen oder habe solche geltend gemacht:

Unfallversicherung	Erwerbsersatzversicherung/Mutterschaftsentschädigung
Invalidenversicherung	Pensionskasse
Militärversicherung	Haftpflichtversicherung
Arbeitslosenversicherung	Andere Versicherung

Name und vollständige Adresse der Versicherung (bitte Abrechnung bzw. Police beilegen!)

2. Sind Sie in einem familienfremden Angestelltenverhältnis tätig?

Nein Ja Wenn ja, bitte Seite 2 des Formulars durch Ihren Arbeitgeber ausfüllen lassen.

3. Unterstehen Sie der Quellenbesteuerung?

Nein Ja Wenn ja, welcher Nationalität gehören Sie an?

Erklärung der versicherten Person:

Im Zusammenhang mit dem gemeldeten Taggeldanspruch erteile ich der Agrisano Krankenkasse AG / Agrisano Versicherungen AG die Ermächtigung zur Bearbeitung der entsprechenden Daten sowie die für die Leistungsfestsetzung notwendigen Auskünfte einzuholen. Die Ärzte, übrige Medizinalpersonen, Heilanstalten, Sozial- und Privatversicherer, Sozialhilfebehörden und Arbeitgeber entbinde ich von der Schweigepflicht.

Datum und Ort

Unterschrift versicherte Person



Taggeldmeldung

Angaben des Arbeitgebers (vom Arbeitgeber auszufüllen, Angaben nur für familienfremde Angestellte)

ArbeitnehmerIn

Vers.-Nr.
Archiv-Nr.
Geburtsdatum

Arbeitgeber

Vers.-Nr.
Tel.-Nr.
E-Mail
Betriebliche
Ansprechperson

1. Das Arbeitsverhältnis ist

befristet bis

unbefristet

2. Der Arbeitnehmer / die Arbeitnehmerin erhält folgenden AHV-Lohn:

CHF / Monat

12 x / Jahr

13 x / Jahr

Falls Anstellung im Stundenlohn: (Bitte legen Sie die Lohnabrechnung der letzten 3 Monate bei.)

CHF / Stunde

Durchschnittliche Anzahl Stunden pro Woche:

Die Lohnfortzahlung zu 100 % erfolgt bis am:

3. Die Taggelder sind auszurichten an

den Arbeitgeber / Betrieb

den Arbeitnehmer / die Arbeitnehmerin

Bitte Zahlungsverbindung angeben oder Einzahlungsschein beilegen.

IBAN

Datum und Ort

Unterschrift Arbeitgeber





Taggeldmeldung

KVG

VVG

Ärztliche Angaben zur Arbeitsunfähigkeit (vom behandelnden Arzt/Spital auszufüllen)

Versicherte Person:

Vers.-Nr.
Archiv-Nr.
Geburtsdatum

1. Diagnose

2. Grund der Arbeitsunfähigkeit:

Krankheit Unfall
Behandlungsbeginn

3. Stationärer Aufenthalt

Nein Ja Von bis
Wo?

4. Dauer der Arbeitsunfähigkeit

von bis voraussichtlich Grad in %:
von bis voraussichtlich Grad in %:
von bis voraussichtlich Grad in %:

5. Ist die Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen?

Ja Nein Voraussichtliche Dauer?

6. Hat eine andere Versicherung für die Behandlung aufzukommen?

Unfallversicherung Invalidenversicherung
Militärversicherung Haftpflichtversicherung

7. Bemerkungen

Datum und Ort

Stempel und Unterschrift Arzt / Spital

