



## Taggeldmeldung Selbständigerwerbende

Krankheit      Unfall/Berufskrankheit      Mutterschaft, vorgesch. Geburtstermin      Rückfall

### Personalien

Name	Vorname
Adresse	PLZ Ort
	Geburtsdatum
	Versicherten-Nr.
Tel.-Nr.	AHV-Nr.

### Tätigkeit

Übliche berufliche Tätigkeit

Stunden pro Woche      regelmässig      unregelmässig

### Krankheits-/Unfalldaten

Krankheitsgrund

Bei Unfall/Berufskrankheit bitte den Sachverhalt schildern.

Beginn der Arbeitsunfähigkeit

Voraussichtliche Dauer

Falls die Arbeit wieder aufgenommen wird,  
zu welchem Zeitpunkt?

ganz      teilweise in %

Haben Sie schon früher an der gleichen Krankheit gelitten?

Ja, wann?

Nein

Falls ja, welche Versicherung war dafür zuständig?



## Taggeldmeldung Selbständigerwerbende

---

### Arztadressen

Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik

Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik

---

### Externe Anstellung

Besteht eine externe Anstellung?    Ja            Nein            Falls ja, bitte die letzten 12 Lohnabrechnungen beilegen.

Arbeitgeber

---

### Andere Sozialversicherungsleistungen

Haben Sie bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei Krankenkasse, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, beruflicher Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung oder Arbeitslosenkasse?

Falls ja, wo?

Ort und Datum