



visana

SCHADENANZEIGE

Ausgestellt am:
 Bearbeitet durch:
 Direktwahl:

Taggeldversicherung VVG

Wir bitten Sie, diese Schadenanzeige vollständig auszufüllen und der Visana Services AG umgehend zurück zu senden.

| | |
|---------------------|---|
| Versicherte Person: | Geburtsdatum: |
| Strasse: | Geschlecht (w/m): |
| PLZ und Ort: | Versicherten-Nr.: |
| Deckung: | CHF .— ab . Tag CHF .— ab . Tag CHF .— ab . Tag |

| Angaben zur Arbeitsunfähigkeit | |
|--|--|
| Arbeitsunfähigkeit: | Beginn: _____ Voraussichtliche Dauer: _____ |
| Ursache: | <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall/Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Mutterschaft |
| Art des Leidens: | _____ |
| Name und Adresse des behandelnden Arztes/Spitals: | _____ |
| | _____ |
| | _____ |
| Litten Sie schon früher an dem/den gleichen Leiden? Wann? | _____ |
| Wenn ja, welche(r) Ärztin/Arzt behandelte Sie damals? | _____ |
| Bitte legen Sie dieser Meldung die bereits vorliegenden Arztzeugnisse/Berichte bei. | |

| Tätigkeit im Betrieb | |
|---|---|
| Arbeitsverhältnis seit: _____ | <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> gekündigt per _____ |
| <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslos seit _____ | <input type="checkbox"/> bei ALV gemeldet seit _____ |
| Arbeitgeber: _____ | Beschäftigungsgrad _____ % |
| Erlerner Beruf: _____ | |
| Kurzbeschreibung der aktuellen beruflichen Tätigkeit: | |
| _____ | |
| Prozentuale Aufteilung der Tätigkeit: | % stehend % wechselnd körperlich: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer |
| | % sitzend % administrativ |

visana

SCHADENANZEIGE

| | | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---|
| Belastet die Tätigkeit: | <input type="checkbox"/> Rücken? | <input type="checkbox"/> Schultern? | <input type="checkbox"/> beides? | <input type="checkbox"/> keine Rücken/Schulterbelastung |
| Müssen regelmässig Gewichte über 10 kg gehoben werden? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | > ca. | mal pro Tag |
| Zusatzfragen für Selbständigerwerbende: | | | | |
| Wurde eine Hilfskraft eingestellt? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | |
| Wenn nein, wer erledigt die zu verrichteten Arbeiten? | | | | |
| Ist Ihre Tätigkeit Saisional bedingt? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | |

Andere Versicherungen

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Besteht bei anderen Versicherungen/Krankenkassen Anspruch auf Leistungen für diesen Fall? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, bei welchen Versicherungen/Krankenkassen? | _____ | |
| Beziehen Sie Leistungen der Arbeitslosenversicherung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Beziehen Sie Leistungen der Mutterschaftsversicherung (EOG)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| AHV-Nr.: | _____ | |
| Falls anderweitige Versicherungsleistungen bezogen werden, bitte Kopien der Abrechnungen beilegen. | | |

Quellensteuer

| | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------|
| Unterliegen Sie der Quellensteuer? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, AHV-Nr.: |
| ZAR-Nr.: | Wohnortgemeinde | | Kanton: |
| _____ | _____ | | _____ |

Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie die die Visana Services AG, alle notwendigen Auskünfte von Ärztinnen/Ärzten zu verlangen, die Sie behandeln oder behandelt haben, sowie Einsicht in die Akten anderer Versicherungen inkl. Sozialversicherungen (IV/UVG) und Krankenkassen zu nehmen. **Sie erklären sich damit einverstanden, dass** die Visana Leistungen nur unter Vorbehalt einer Verrechnung mit allfälligen Leistungen der Invalidenversicherung ausrichtet und dass die Nachzahlung der AHV/IV/EO bis zum Betrage der für die gleiche Periode gewährte Vorschussleistungen direkt an die Visana überwiesen wird (direktes Rückforderungsrecht)

Ort und Datum

Telefon für Rückfragen

Unterschrift der versicherten Person oder ihres gesetzlichen Vertreters



visana

KONTROLLKARTE

Ausgestellt am:
 Bearbeitet durch:
 Direktwahl:

| | |
|---|-------------------|
| Versicherte Person: | Geburtsdatum: |
| Strasse: | Geschlecht (w/m): |
| PLZ und Ort: | Versicherten-Nr.: |
| Deckung: CHF .— ab .Tag CHF .— ab .Tag CHF .— ab .Tag | |

Hinweise für die versicherte Person

Die Kontrollkarte bleibt bei der versicherten Person und ist der Ärztin / dem Arzt zur Eintragung der Arbeitsunfähigkeit vorzulegen.
 In der Regel ist die Kontrollkarte der Ärztin / dem Arzt bei jeder Konsultation zur Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit vorzulegen. Für die Leistungsabrechnung ist die Kontrollkarte der Visana Services AG bei Wiederaufnahme der Arbeit oder bei lang dauernder Arbeitsunfähigkeit **monatlich** vorzuweisen.
 Nach **Beendigung der Arbeitsunfähigkeit** ist die Original-Kontrollkarte der Visana Services AG einzusenden.

Eintragungen der / des behandelnden Ärztin / Arztes

| Datum der Konsultation | | Arbeitsunfähigkeit | | Unterschrift der Ärztin/ des Arztes | Datum der Konsultation | | Arbeitsunfähigkeit | | Unterschrift der Ärztin/ des Arztes |
|------------------------|--|--------------------|--|-------------------------------------|------------------------|--|--------------------|--|-------------------------------------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Abschluss der ärztlichen Behandlung am _____
 Wiederaufnahme der Arbeit zu 100% am _____

Stempel der Ärztin / des Arztes