



Krank-/Unfallmeldung

Anmeldefrist siehe Allgemeine Bedingungen (Plan A Art. 20, Plan B Art. 11)

Name _____ Strasse _____
 Vorname _____ PLZ/Ort _____
 Geburtsdatum _____ e-mail _____
 AHV-Nr. _____ Tel-Nr. _____

Der unterzeichnende Genossenschafter erhebt den Anspruch auf das Taggeld (Die Taggelder können nur ausbezahlt werden, wenn diese Meldung durch den behandelnden Arzt unterzeichnet ist und die Voraussetzungen gemäss den Allgem. Bedingungen erfüllt sind).

1) Grund _____ 1) Krankheit/Unfall/Spital-/Heim-/Kuraufenthalt
 2) Datum des Beginns _____ 2) _____
 3) Erste Konsultation beim behandelnden Arzt _____ 3) _____
 4) Genaue Diagnose _____ 4) _____

5) Rezidiv _____ 5) Ja, aus Jahr _____ nein

6) Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit _____ 6) 100% vom _____ bis _____
 % vom _____ bis _____
 % vom _____ bis _____

7) Behandelnder Arzt _____ 7) Name _____ Vorname _____
 Adresse _____
 Telefon _____

8) Taggeld-Überweisung erwünscht auf _____ 8) a – Postkonto _____
 b – IBAN Nr. _____
 Name der Bank _____

Ermächtigung

Gemäss den Allgemeinen Bedingungen, (Plan A Art. 23, Plan B Art. 12.3), ermächtige ich:
 • die Schweizerische Ärzte-Krankenkasse bei den behandelnden Ärzten, die für die Anspruchskontrolle im Zusammenhang mit dieser Krankheits-/Unfallmeldung notwendigen Berichte einzufordern,
 • die Spitäler, Ärzte, Chiropraktoren, Psychologen, Therapeuten oder andere medizinisch geschulte Personen, Arbeitgeber, Unfall-Kranken- und Lebensversicherer, Pensions- und Krankenkassen, die Suva, die eidgenössische Militär- und Invalidenversicherung und die Behörden diejenigen Auskünfte zu erteilen, die die Schweizerische Ärzte-Krankenkasse für die Prüfung des Anspruchs auf Taggeldleistungen benötigt, und ihr die entsprechenden Akten auszuhändigen.

Datum _____ Unterschrift _____

Bescheinigung (Bitte Zutreffendes unterstreichen)

Unterzeichnender, behandelnder Arzt bestätigt die Richtigkeit obiger Angaben (Pos. 1–7)

Ist ein Spital-/Heim- oder Kuraufenthalt nötig? _____ Ja, von _____ bis _____ nein

Bemerkungen _____

Datum _____ Stempel und Unterschrift _____