

## Taggeldkarte

|                         |                                           |                                                                                     |            |
|-------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1. Arbeitgeber</b>   | Firmenname                                | Tel. Nr. Firma                                                                      | Police-Nr. |
|                         | Adresse                                   |                                                                                     |            |
|                         | PLZ                      Ort              |                                                                                     |            |
| <b>2. Versicherte/r</b> | Name und Vorname                          | Geburtsdatum                                                                        | Zivilstand |
|                         | Strasse                                   | Tel. Nr.                                                                            | AHV Nr.    |
|                         | PLZ                      Wohnort          | Staatsangehörigkeit _____                                                           |            |
|                         | Im Zwischenverdienst?<br>ja        nein   | Aufenthaltsbewilligung (wenn nicht CH)<br>A    B    C    Andere                     |            |
|                         | Quellensteuerpflichtig?<br>ja        nein | Geschlecht<br>weiblich        männlich                                              |            |
| <b>3. Anstellung</b>    | Datum der Anstellung                      | Arbeitsverhältnis:    unbefristet        befristet bis _____<br>gekündigt per _____ |            |

### Verwendung der Taggeldkarte

Diese Taggeldkarte bleibt während der Dauer der Genesung in den Händen des Patienten. Bei jedem Krankengeldbezug ist die vom Arzt bescheinigte Arbeitsunfähigkeit der Krankentaggeldversicherung vorzulegen. Sollte der Krankheitsfall nicht innert eines Monats abgeschlossen sein, erhalten sie die Karte für die erneute Bestätigung zurück.

Die Taggeldkarte ist bei jedem Arztbesuch vorzulegen und für die Auszahlung des Taggeldes nach Abschluss der Behandlung der Versicherung einzureichen. Das gleiche gilt bei teilweiser Arbeitsfähigkeit. Diese Taggeldkarte gilt nicht als Anerkennung der Leistungspflicht.

### Eintragungen des Arztes

| Datum                                        |                           | Arbeitsunfähigkeit |           | Unterschrift<br>des Arztes |
|----------------------------------------------|---------------------------|--------------------|-----------|----------------------------|
| des nächsten<br>Besuches                     | des erfolgten<br>Besuches | Grad               | Gültig ab |                            |
|                                              |                           |                    |           |                            |
|                                              |                           |                    |           |                            |
|                                              |                           |                    |           |                            |
|                                              |                           |                    |           |                            |
|                                              |                           |                    |           |                            |
|                                              |                           |                    |           |                            |
|                                              |                           |                    |           |                            |
|                                              |                           |                    |           |                            |
|                                              |                           |                    |           |                            |
|                                              |                           |                    |           |                            |
|                                              |                           |                    |           |                            |
| * Evtl. Bemerkungen zur Teilarbeitsfähigkeit |                           |                    |           |                            |
| 1)                                           | %, d.h.                   | Std./Tag zu        | %         |                            |
| 2)                                           | %, d.h.                   | Std./Tag zu        | %         |                            |
| 3)                                           | %, d.h.                   | Std./Tag zu        | %         |                            |

  

| Datum                                      |                           | Arbeitsunfähigkeit |           | Unterschrift<br>des Arztes |
|--------------------------------------------|---------------------------|--------------------|-----------|----------------------------|
| des nächsten<br>Besuches                   | des erfolgten<br>Besuches | Grad               | Gültig ab |                            |
|                                            |                           |                    |           |                            |
|                                            |                           |                    |           |                            |
|                                            |                           |                    |           |                            |
|                                            |                           |                    |           |                            |
|                                            |                           |                    |           |                            |
|                                            |                           |                    |           |                            |
|                                            |                           |                    |           |                            |
|                                            |                           |                    |           |                            |
|                                            |                           |                    |           |                            |
|                                            |                           |                    |           |                            |
|                                            |                           |                    |           |                            |
| <b>Stempel und Unterschrift des Arztes</b> |                           |                    |           |                            |

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_