



# 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?	_____
<b>Bitte legen Sie dieser Meldung die bereits vorliegenden Arztzeugnisse/Berichte bei.</b>	

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
<b>Zusatzfragen für Selbständigerwerbende:</b>				
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 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 ausgerichtet 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



## KONTROLLKARTE FÜR ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Ausgestellt am:  
 Bearbeitet durch:  
 Direktwahl:

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