



visana

SCHADENANZEIGE

Ausgestellt am:
 Bearbeitet durch:
 Direktwahl:

D00 Freiwillige Taggeldversicherung KVG

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 vivacare AG und 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.

Ort und Datum

Telefon für Rückfragen

Unterschrift der versicherten Person oder ihres gesetzlichen Vertreters



LOHNAUSFALL-BESCHEINIGUNG DES ARBEITGEBERS

Taggeldversicherung KVG

Für die umgehende Rücksendung der vollständig ausgefüllten Lohnausfall-Bescheinigung an die Visana danken wir Ihnen bestens.

Visana Services AG
Leistungszentrum Taggeld
Weltpoststrasse 19
3000 Bern 15

D00 Freiwillige Taggeldversicherung KVG

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

Allgemeine Angaben

Erkrankungstag/Unfalldatum _____ Arbeit verlassen am _____
Eintritt in die Firma _____ Berufliche Tätigkeit _____
UVG-Versicherer _____ UVG-Schaden-Nr. _____
Monatslohn (Brutto, inkl. 13.) CHF _____ Stunden-Lohn CHF _____ Durchschnitt. Std./Woche _____

Lohnfortzahlung / Taggeldversicherung

Lohnfortzahlung / Wie ist genannte Person im Krankheitsfall gegen Lohnausfall versichert?
(Koordination/Vermeidung von Doppelspurigkeiten gegenüber Ärzten/Versicherung und Überentschädigungen)

Es besteht eine Kollektiv-Taggeldversicherung:

Name und Adresse der Versicherung: _____
Policen-Nr.: _____ Kontaktperson: _____
– Die genannte Person bezieht den vollen Lohn von _____ bis _____
– Ab _____ (Datum) über die genannte Kollektiv-Taggeldversicherung versichert
Höhe in % und vertragliche Wartefrist: _____ ab _____ Tag

Es besteht keine Kollektiv-Taggeldversicherung:

Nach welchen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen erfolgt die Lohnfortzahlung?

Name der Versicherung der 2. Säule BVG (bitte Adresse und ev. Policennummer angeben)

Leistungen bei Mutterschaft

Hat die versicherte Person Anspruch auf Leistungen aus der Mutterschaftsversicherung (EOG)? ja nein
Wenn ja, bitte Kopien der Abrechnungen beilegen.

Quellensteuer

Unterliegt die versicherte Person der Quellensteuer? ja nein Wenn ja, AHV-Nr.: _____
ZAR-Nr.: _____ Wohnortgemeinde: _____ Kanton: _____
Bemerkungen _____

Ort und Datum

Tel. für Rückfragen

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers



Ausgestellt am:
 Bearbeitet durch:
 Direktwahl:

D00 Freiwillige Taggeldversicherung KVG

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.
 Die Kontrollkarte ist der Ärztin / dem Arzt bei jeder Konsultation zur Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit vorzulegen. Für die Leistungsabrechnung ist die Kontrollkarte der Visana Services AG **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