



## Krank-/Unfallmeldung

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

Name \_\_\_\_\_ Strasse \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 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 \_\_\_\_\_