



Taggeldmeldung Selbständigerwerbende

Krankheit Unfall/Berufskrankheit Mutterschaft, vorgesch. Geburtstermin Rückfall

Personalien

Name	Vorname
Adresse	PLZ Ort
	Geburtsdatum
	Versicherten-Nr.
Tel.-Nr.	AHV-Nr.

Tätigkeit

Übliche berufliche Tätigkeit

Stunden pro Woche regelmässig unregelmässig

Krankheits-/Unfalldaten

Krankheitsgrund

Bei Unfall/Berufskrankheit bitte den Sachverhalt schildern.

Beginn der Arbeitsunfähigkeit

Voraussichtliche Dauer

Falls die Arbeit wieder aufgenommen wird,
zu welchem Zeitpunkt?

ganz teilweise in %

Haben Sie schon früher an der gleichen Krankheit gelitten?

Ja, wann?

Nein

Falls ja, welche Versicherung war dafür zuständig?



Taggeldmeldung Selbständigerwerbende

Seite 2/2

Arztadressen

Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik

Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik

Externe Anstellung

Besteht eine externe Anstellung? Ja Nein Falls ja, bitte die letzten 12 Lohnabrechnungen beilegen.

Arbeitgeber

Andere Sozialversicherungsleistungen

Haben Sie bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei Krankenkasse, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, beruflicher Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung oder Arbeitslosenkasse?

Falls ja, wo?

Ort und Datum