



CSS

Versicherung

Arbeitsunfähigkeitsschein Taggeld

Bitte senden Sie eine Kopie dieses Arbeitsunfähigkeitsscheines innert 5 Tagen nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit und danach am Ende jedes Monats der CSS zu, damit das Taggeld ausbezahlt werden kann. Nach Abschluss der Behandlung bitten wir Sie, den Arbeitsunfähigkeitsschein im Original an die CSS zu senden. Während der Behandlungsphase verbleibt das Formular bei der versicherten Person (Arbeitnehmer / in), die es der behandelnden Ärzteschaft bei jeder Konsultation vorlegt. Diese füllt dann die Angaben unter «Ärztliche Eintragungen» aus. Wechsel der behandelnden Ärzte sind der CSS mitzuteilen. Dieser Arbeitsunfähigkeitsschein gilt nicht als Anerkennung einer Leistungspflicht.

1 Versicherungsnehmer/in

Name / Firma	Partnernummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2 Versicherte Person

2.1 Personalien

Vorname	Name	Kundennummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aktuelle berufliche Tätigkeit		
<input type="text"/>		

2.2 Arbeitszeit

Regelmässig
 Unregelmässig
 Kurzarbeit
 Stunden /Woche
 Pensum in %

3 Ärztliche Eintragungen

Datum		Arbeitsunfähigkeit		Name	Datum		Arbeitsunfähigkeit		Name
Erfolgter Besuch	Grad (%)	Gültig ab	Gültig bis	Arzt / Ärztin	Erfolgter Besuch	Grad (%)	Gültig ab	Gültig bis	Arzt / Ärztin
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Die ärztliche Behandlung wurde abgeschlossen am

Ort	Datum	Stempel, Unterschrift Arzt / Ärztin
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>