



Weitergehende Taggeldmeldung

KVG

VVG

Versicherte Person

Vers.-Nr.
Archiv-Nr.
Geburtsdatum
Telefon-Nr.
E-Mail

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin
Sehr geehrter Versicherungsnehmer

Sie haben bei uns Taggeldleistungen geltend gemacht. Für die weitere Arbeitsunfähigkeit bitten wir Sie, Folgendes zu beachten:

- ➔ Dieses Formular bleibt während der Dauer der Genesung in Ihren Händen. Eine Kopie mit der ergänzten Bestätigung ist monatlich an folgende Adresse einzureichen: **Agrisano, Laurstrasse 10, 5201 Brugg**
- ➔ Das Original ist erst nach Abschluss der Arbeitsunfähigkeit, oder wenn sämtliche Zeilen aufgebraucht sind, der Agrisano zuzustellen. Danke für Ihre Mithilfe.

Grad der Arbeitsunfähigkeit (vom behandelnden Arzt/Spital auszufüllen)

%	von	bis	Datum	Stempel/Unterschrift Arzt	nächste Konsultation

Bemerkungen

