

Krankheits- und Unfallschein MVG

Versicherten-Nummer

► Angaben des/r Patienten:

Name und Vorname	Geschlecht / Geburtsdatum	AHV-Nummer
Strasse / Zusatz	Tel.-Nr.	Fax.-Nr.
PLZ / Wohnort	Mail	

Ermittlung des Taggeldanspruchs bei einer Arbeitsunfähigkeit

Wir bitten Sie, die **Versicherten-Nummer**, die bei jeder Zuschrift der Versicherung erwähnt ist, auf den Krankheits- und Unfallschein zu übertragen sowie bei Anfragen immer anzugeben.

Dieser Krankheits- und Unfallschein bleibt in Ihren Händen; er ist dem Arzt bei jedem Besuch vorzulegen.

Bitte senden Sie ihn bei Aufnahme der Arbeit, **spätestens** nach 8 Wochen Arbeitsunfähigkeit an die Militärversicherung zurück.

Eine **Arbeitsunfähigkeit** wird durch den Arzt auf dem Krankheits- und Unfallschein eingetragen. **Teilarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten**, es sei denn, der Arzt schreibe **aus medizinischen Gründen etwas anderes vor (siehe Kasten unten)**.

Über die Auszahlung orientiert die Taxationsanzeige, die jeder/jedem Versicherten zugestellt wird. Dieser Schein gilt nicht als Anerkennung einer Leistungspflicht.

Bei einem allfälligen Arztwechsel setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung. Die notwendigen **Reise- und Transportkosten** – z. B. zum nächsten Arzt/Spital – werden Ihnen zurückerstattet.

Wählen Sie bitte ein den Verhältnissen angemessenes, preisgünstiges Transportmittel (z. B. öffentliches Verkehrsmittel); gegebenenfalls Abonnement lösen. Bitte auf Spesenabrechnung Ihr Post- oder Bankkonto angeben. Lassen Sie sich aus persönlichen Gründen auswärts behandeln, so kann die Militärversicherung die entsprechenden Mehrkosten nicht entschädigen. Als Militärversicherung übernehmen wir die Kosten der allgemeinen Abteilung einer Spitalbehandlung. Für die Dauer des **Spitalaufenthaltes** kann vom Taggeld ein Betrag an die Unterhaltskosten abgezogen werden.

Bestätigung des Arztes (Arbeitsunfähigkeit wegen der militärversicherten Gesundheitsschädigung)

Diagnose / Bemerkung

Datum der Arztkonsultation	Grad	Arbeitsunfähigkeit von - bis bei Teilarbeitsfähigkeit	Unterschrift Arzt/Ärztin Bemerkung
<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> - <input type="text"/> %, d.h. <input type="text"/> Std./Tag zu <input type="text"/> %	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> - <input type="text"/> %, d.h. <input type="text"/> Std./Tag zu <input type="text"/> %	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> - <input type="text"/> %, d.h. <input type="text"/> Std./Tag zu <input type="text"/> %	<input type="text"/>

 Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit: Wochen

 Die ärztliche Behandlung endete am:

Bemerkungen

Arzt / Ärztin

EAN / ZSR

Datum

Unterschrift Arzt / Ärztin

Geht an: Versicherte/r → Militärversicherung