



Meldung Arbeitsunfähigkeit

Arbeitgeber

Vertrags-Nr.

Angaben über die versicherte Person

Herr Frau

Name

Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

Nationalität

Vers.-Nr.

Geburtsdatum

Korrespondenz-Sprache D F I E

Arbeitsverhältnis

Beginn und allfälliges Ende des Arbeitsverhältnisses vom bis

Beschäftigungsgrad vor Eintritt des Ereignisses %

Jahreslohn des Schadenjahres Jahr CHF

Kinder

Sofern noch nicht 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre.

Name	Vorname	Geburtsdatum
<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"/>

Bitte Ausbildungsbestätigungen beilegen.

Angaben zur Arbeitsunfähigkeit

Beginn TT MM JJJJ

Grad und Dauer % vom bis

% vom bis

% vom bis

Krankheit

Unfall



tellico

Vorsorge. Bank. Immobilien.

Tellico Pensionsinvest

Bahnhofstrasse 4
Postfach 713
CH-6431 Schwyz

t +41 58 442 61 00
pensionsinvest@tellico.ch
tellico.ch

Anmeldung erfolgt bei

Krankentaggeldversicherung

Gesellschaft

Kontaktperson

Telefon

Unfallversicherung

Gesellschaft

Kontaktperson

Telefon

IV (Früherfassung)

Zweigstelle

Case Manager

Name

Telefon

Bitte Kopien der Anmeldungen, Mitteilungen, Abrechnungen und Verfügungen aller Stellen beilegen.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers