



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

Bitte Ausbildungsbestätigungen beilegen.

Angaben zur Arbeitsunfähigkeit

Beginn

TT

MM

JJJJ

Grad und Dauer

%

vom

bis

%

vom

bis

%

vom

bis

 Krankheit Unfall

Anmeldung erfolgt bei

<input type="checkbox"/> Krankentaggeldversicherung	Gesellschaft	
Kontaktperson	Telefon	
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung	Gesellschaft	
Kontaktperson	Telefon	
<input type="checkbox"/> IV (Früherfassung)	Zweigstelle	
<input type="checkbox"/> Case Manager		
Name	Telefon	

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

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers