

Meldung Arbeitsunfähigkeit

Betrieb

Firma _____

Kontaktperson _____

Versicherte Person

Name _____

Vorname _____

AHV-Nr. _____

Geburtsdatum _____

E-Mail _____

Tel. Nr. _____

Angabe Arbeitsunfähigkeit (AUF)

Eintrittsdatum Betrieb _____

Beginn AUF _____

Beschäftigungsgrad vor AUF _____%

Meldung / Anmeldung Drittversicherer:

Anmeldung ist erfolgt bei _____ Datum _____ Name Versicherung / Ort _____

Koll. Krankentaggeldversicherung* _____

Unfallversicherung (UVG)* _____

Invalidenversicherung _____

***Kopien der Anmeldung und allfälliger Taggeldabrechnungen beilegen**

Angabe Arbeitsverhältnis

Wenn das Arbeitsverhältnis aufgelöst wurde:

Durch wen? _____ Per wann? Datum (tt/mm/jjjj) _____

Folgende Unterlagen sind beizulegen:

- ➔ Anmeldungen beim Taggeldversicherer
- ➔ Allfällig bereits erhaltene Taggeldabrechnungen
- ➔ Arztzeugnisse

Bemerkungen: _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Firma