

Meldung / Arbeitsunfähigkeit

1. Personalien versicherte Person

Name _____ Vorname _____
 Strasse _____ PLZ, Ort _____
 Geb. Datum _____ SV-Nr. 756. _____
 Zivilstand _____ Eintritt Firma _____
 Arbeitgeber _____ Anschluss-Nr. _____

2. Angaben zur Arbeitsunfähigkeit

Grund der Arbeitsunfähigkeit ist

- Krankheit Unfall

Beginn der Arbeitsunfähigkeit _____ Arbeitsunfähigkeit in % _____

Angaben bei langandauernder Arbeitsunfähigkeit

Datum von _____ bis _____ Arbeitsunfähigkeit in % _____

Datum von _____ bis _____ Arbeitsunfähigkeit in % _____

Datum von _____ bis _____ Arbeitsunfähigkeit in % _____

Datum von _____ bis _____ Arbeitsunfähigkeit in % _____

Datum von _____ bis _____ Arbeitsunfähigkeit in % _____

(Die ärztlichen Zeugnisse sind der Meldung beizulegen)

3. Meldung an die Versicherung

Die Meldung der Arbeitsunfähigkeit ist erfolgt an die

- Krankentaggeldversicherung (Gesellschaft) _____
 Unfallversicherung (Gesellschaft) _____
 Eidg. Invalidenversicherung

4. Bemerkungen, Bestätigung

Bemerkungen _____

Zuständige Person bei Rückfragen _____

Ort, Datum _____ Unterschrift und Stempel _____