

Erwerbsunfähigkeitsmeldung

Arbeitgeber

Name _____ Anschluss-Nr. _____
Strasse, Nr. _____ PLZ. Ort _____
Verantwortliche Person _____
E-Mail-Adresse _____
Krankentaggeldversicherung _____

Personalien

Name _____ Vorname _____
Einsatzland _____ Geschlecht Mann
 Frau
Geburtsdatum _____
AHV-Nr. _____

Beginn Erwerbsunfähigkeit _____
Erwerbsunfähigkeitsgrad (in %) _____
Grund der Erwerbsunfähigkeit Krankheit Unfall

Die rasche Meldung der Erwerbsunfähigkeit einer versicherten Person aufgrund von Krankheit oder Unfall ist entscheidend für ein zielgerichtetes Case Management.

Bitte beachten Sie, dass diese Meldung raschmöglichst, jedoch spätestens innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Erwerbsunfähigkeit mit diesem Formular vorgenommen werden muss.

Die Verwaltung wird mit Ihnen Kontakt aufnehmen, um die nächsten Schritte zu besprechen.

Besten Dank!

Datum

Unterschrift der verantwortlichen Person