



## Arbeitsunfähigkeitsmeldung (Formular versicherte Person)

Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Vertrags-Nr. \_\_\_\_\_

### Angaben über die versicherte Person

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Sozialvers.-Nr. 756. \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_ Erlerner Beruf \_\_\_\_\_

Ausgeübte Tätigkeit \_\_\_\_\_

Bei Teilzeitangestellten: Beruht das Teilzeitpensum auf gesundheitlichen Gründen?  ja  nein

Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_

### Kinder

Haben Sie minderjährige oder in Ausbildung stehende volljährige Kinder?

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Sozialvers.-Nr. 756. \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Sozialvers.-Nr. 756. \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Sozialvers.-Nr. 756. \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Sozialvers.-Nr. 756. \_\_\_\_\_

Bitte bei volljährigen Kinder Ausbildungsbestätigungen beilegen.

### Angaben zur Arbeitsunfähigkeit (AUF)

Beginn der AUF \_\_\_\_\_

Diagnose \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Behandelnde Ärzte

Namen und Adressen \_\_\_\_\_

(inkl. Abteilungen von \_\_\_\_\_

Krankenhäusern) \_\_\_\_\_

Bitte Kopien bereits vorhandener Arztberichte, Arztzeugnisse, Unfallscheine und Kranken- oder Unfalltaggeldabrechnungen beilegen.

