



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.

