

## Meldung: Arbeitsunfähigkeit

### Vorsorgewerk / Arbeitgeber

Name und Adresse

Vertrags- Nr.

### Versicherte Person

Name

Vorname

Versicherten Nr.

Strasse, PLZ und Ort

Zivilstand

Telefon Geschäft

Telefon Privat

### Ereignis

Invalidität

arbeitsunfähig seit

Bitte unbedingt Arztberichte beilegen, welche die Erwerbsunfähigkeit bestätigen

Krankheit

Kollektive Krankentaggeldversicherung besteht bei (Name, Ort)

Unfall

Unfallversicherung (UUV) besteht bei (Name, Ort)

bei SUVA

### Behandelnder Arzt

Name

Strasse, PLZ und Ort

### Bemerkungen

Kinder, die das 18. Altersjahr noch nicht vollendet haben sowie Kinder, die sich noch in Ausbildung befinden (Ausbildungsnachweise beilegen, z.B. Kopie Lehrvertrag, Studien- resp. Schülernachweise usw.) oder mindestens zu zwei Dritteln invalid sind (Kopie IV-Verfügung beilegen) und das 25. Altersjahr noch nicht vollendet haben:

Kind, Name

Geburtsdatum:

Kind, Name

Geburtsdatum:

1

3

2

4

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person

Unterschrift Arbeitgeber