

Meldung Arbeitsunfähigkeit

Bitte reichen Sie diese Meldung erst nach Ablauf der Wartefrist gem. Anschlussvertrag (3 / 6 Monate) ein.

Arbeitgeber

Name der Firma _____ Vertrags-Nr. _____

Personalien

Versicherungs-Nr. _____

Name / Vorname _____

FL PEID-Nr. _____ Geburtsdatum _____

Angaben zur Arbeitsunfähigkeit (AUF)

Grund der Arbeitsunfähigkeit (Krankheit / Unfall) _____

Beginn AUF _____ Ende AUF (falls bekannt) _____

Beschäftigungsgrad vor AUF _____ Beschäftigungsgrad nach AUF (falls Teil-AUF) _____

Angaben zum Arbeitsverhältnis

Eintritt bei Betrieb _____ Tätigkeit vor AUF _____

Arbeitsverhältnis aufgelöst ☐ Nein ☐ Ja

Arbeitsverhältnis aufgelöst durch ☐ Arbeitgeber ☐ Arbeitnehmer

per Datum _____ Grund _____

Anmeldung bei Drittversicherern

Versicherer	Anmeldung erfolgt	Versicherer	Anmeldung erfolgt
Krankenkasse (KK)	☐ Ja ☐ Nein	Unfallversicherung (UV)	☐ Ja ☐ Nein
Früherfassung IV	☐ Ja ☐ Nein	Invalidenversicherung	☐ Ja ☐ Nein

Kontakt Daten KK / UV _____

Bemerkungen

Die Fragen sind vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten. Verspätete, unwahre oder unvollständige Meldungen können zu einer Reduktion oder Verweigerung von Leistungen führen.

Bitte folgende Dokumente beilegen:

- Krankentaggeldabrechnungen / Taggeldabrechnungen Unfallversicherung
- Arztzeugnisse

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ort / Datum _____

Unterschrift _____