

Meldung Arbeitsunfähigkeit (Anspruchsprüfung Beitragsbefreiung)

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

Arbeitgeber	Firma	Vertrags-Nr.
Versicherte Person	Name	Vorname
	Geburtsdatum	FL PEID-Nr.

Angaben zur Arbeitsunfähigkeit (AUF)

Grund der Arbeitsunfähigkeit (Art der Krankheit bzw. der Verletzung bei Unfall)	
Beginn AUF	
Weiterhin AUF?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein falls Nein, Ende AUF
Beschäftigungsgrad vor AUF	nach Eintritt einer Teil-AUF

Angaben zum Arbeitsverhältnis

Eintritt bei Betrieb	Ausgeübte Tätigkeit vor AUF			
Arbeitsverhältnis aufgelöst	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	falls Ja, durch	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer
per wann	Grund			

Anmeldung Drittversicherer erfolgt?

Krankenkasse (KK)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Unfallversicherung (UV)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Früherfassung IV	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Invalidenversicherung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kontaktdaten KK / UV					

Bemerkung

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
oder
- Taggeldabrechnungen Unfallversicherung
- Arztzeugnisse

Unterschrift

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift Firma