

Arbeitsunfähigkeitsmeldung

Meldung der Arbeitsunfähigkeit spätestens nach 30 Tagen ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit

Arbeitgeber

Firma _____ Vertrags-Nr. _____
Strasse/Nr. _____ Kontaktperson _____
PLZ/Ort _____
Telefon _____ E-Mail _____

Versicherte Person

Name _____ Vorname _____
Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____
Geburtsdatum [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] SV-Nr. _____
Muttersprache _____ Geschlecht männlich weiblich
Telefon _____ E-Mail _____

Angaben zur Arbeitsunfähigkeit

Beginn der Arbeitsunfähigkeit (genaues Datum) [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []



Dokumente

Bitte legen Sie eine Kopie des Arztzeugnisses bei.

Art des Leidens _____

Eintrittsdatum in die Firma [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Beschäftigungsgrad (BG) vor der Arbeitsunfähigkeit _____ %

Bei Teilzeit Grund angeben: vertraglich gesundheitlich betrieblich

Funktion vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit _____

Brutt Jahreslohn zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit, CHF _____

Anmeldung erfolgt bei koll. Krankentaggeldversicherung¹ am [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Unfallversicherung (UVG)¹ am [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Meldung erfolgt bei Eidg. Invalidenversicherung² am [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Eidg. Militärversicherung² am [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []



Dokumente

Bitte legen Sie – je nach oben gewählter Antwort – eine Kopie der Anmeldung und allfälliger Taggeldabrechnungen (1) oder eine Kopie der Meldung an die eidgenössische Invaliden- respektive Militärversicherung (2) bei.

Angaben zur Kollektivkrankentaggeldversicherung/Unfallversicherung

Name der Versicherung _____

Postfach _____ Policennummer _____

Strasse/Nr. _____ Schadennummer _____

PLZ/Ort _____ Kontaktperson _____

E-Mail _____ Telefon _____

Profond

Zusätzliche Angaben

Wurde das Arbeitsverhältnis gekündigt? nein ja per wann

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ist in Ihrem Betrieb zumindest vorübergehend eine den Beschwerden angepasste Tätigkeit möglich? ja nein

Profond bietet Ihnen Beratung und Unterstützung im Bereich der beruflichen Reintegration an. Haben Sie Interesse? ja nein

Wenn ja, nehmen wir gern mit Ihnen Kontakt auf.

Vollmacht

Damit Profond die notwendigen Abklärungen vornehmen kann, wird sie nach Erhalt dieser Arbeitsunfähigkeitsmeldung eine Vollmacht bei der versicherten Person einholen.

Bemerkungen

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers



Hinweis

Bitte senden Sie das unterzeichnete Formular zusammen mit den Arztzeugnissen und/oder Taggeldabrechnungen an die Adresse gemäss Absender oder **per E-Mail** an leistungen@profond.ch.