

COPRE

MELDUNG EINER ERWERBSUNFÄHIGKEIT

Angeschlossenen Unternehmen: Vertrags-Nr.:

Persönliche Daten des/der Versicherten

Name und Vorname: Geburtsdatum:

AHV-Nr.: Geschlecht: M F

Adresse:

Tel. privat/mobil: E-Mail:

Zivilstand, seit dem: ledig verheiratet geschieden
 in eingetragener Partnerschaft Partnerschaft aufgelöst verwitwet

Angaben zur Erwerbsunfähigkeit und zur beruflichen Situation:

Ursache der Erwerbsunfähigkeit: Krankheit Unfall

Grad und Dauer % von bis
..... % von bis
..... % von bis

Name und Adresse des behandelnden Arztes:

Kopie der ärztlichen Zeugnisse beilegen.

Berufliche Situation:

- Vor Beginn der Erwerbsunfähigkeit ausgeübte Berufstätigkeit:
 - Kann die versicherte Person die gleiche Tätigkeit wieder aufnehmen: ja nein
 - Ist oder wird der Arbeitsvertrag aufgelöst? ja nein
- Wenn ja, Datum der Vertragsbeendigung angeben:

Auskünfte zu den Versicherungen:

- Krankentaggeldversicherung (Name und Adresse):
- Unfallversicherung (UVG) (Name und Adresse):

Kopie der Meldung an die Krankentaggeldversicherung sowie der Taggeldabrechnungen beilegen.

Ort und Datum: Stempel/Unterschrift des Arbeitgebers: