



MELDUNG EINES LEISTUNGSFALLS

Firma

Name Firma-Nr.
Adresse
Zuständige Person Telefon-Nr. E-Mail

Versicherte Person

Name und Vorname Mitglied-Nr.
Adresse
Geburtsdatum Zivilstand
Ehepartner (Name und Geburtsdatum, Datum der Eheschliessung)
Kinder (Namen und Geburtsdaten)

Versichertes Ereignis

Unfall Krankheit
Erwerbsunfähigkeit seit Grad der Erwerbsunfähigkeit in %
 Todesfall Tod durch Unfall
Todesdatum
Bei unverheirateten Personen Kontaktadresse für Abklärungen im Zusammenhang mit dem Todesfall:

Zusatzfragen bei Erwerbsunfähigkeit

Voraussichtliche Dauer der Erwerbsunfähigkeit
Bei Unfall: Zuständige Unfallversicherung (Name, Adresse und Schadennummer)

Bei Krankheit: Ist die versicherte Person für ein Krankentaggeld versichert? Ja Nein
Zuständige Krankentaggeldversicherung (Name, Adresse und Policennummer)

Ist die Anmeldung bei der zuständigen IV-Stelle der Eidg. Invalidenversicherung erfolgt? Ja Nein
Name und Adresse der IV-Stelle

Bemerkungen

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift der Firma

Beilagen Unfall Kopie Unfallmeldung **Beilagen Todesfall** Kopie Todesschein
 Kopien sämtlicher Taggeldabrechnungen der Unfallversicherung oder Kopie Unfallmeldung
 Kopien Arztzeugnisse ab Beginn Erwerbsunfähigkeit bis heute
Beilagen Krankheit Kopien sämtlicher Taggeldabrechnungen der Krankenversicherung oder
 Kopien Arztzeugnisse ab Beginn der Erwerbsunfähigkeit bis heute