

## 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
- Kopien sämtlicher Taggeldabrechnungen der Unfallversicherung oder
- Kopien Arztzeugnisse ab Beginn Erwerbsunfähigkeit bis heute

#### Beilagen Todesfall

- Kopie Todesschein
- Kopie Unfallmeldung

#### Beilagen Krankheit

- Kopien sämtlicher Taggeldabrechnungen der Krankenversicherung oder
- Kopien Arztzeugnisse ab Beginn der Erwerbsunfähigkeit bis heute