

## Meldung Arbeitsunfähigkeit (Formular Arbeitgeber)

Auszufüllen durch Arbeitgeber der arbeitsunfähigen Person

Betrieb	AG-Nr.
Firma	_____
Strasse, Nr.	_____
PLZ, Ort	_____
Kontaktperson	_____
Tel.-Nummer	_____
E-Mail	_____

Versicherte Person	Vers. Nr.		
Name, Vorname	Tel.-Nummer	_____	_____
Strasse, Nr.	Sozialvers.Nr.	_____	_____
PLZ, Ort	Geburtsdatum	_____	_____
E-Mail	Geschlecht	weiblich	männlich
Korrespondenzsprache	de	fr	it
Kenntnisse Landessprache	gut	mittel	begrenzt

### Angaben Arbeitsverhältnis

Eintrittsdatum in Betrieb: \_\_\_\_\_

Beschäftigungsgrad vor der Arbeitsunfähigkeit: \_\_\_\_\_ %

Wenn das Arbeitsverhältnis aufgelöst wurde: \_\_\_\_\_

Durch wen? \_\_\_\_\_

Per wann? \_\_\_\_\_

Welche Gründe? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wird die versicherte Person weiterhin bei Ihnen beschäftigt? Ja Nein

### Angaben Arbeitsunfähigkeit

#### Meldung / Anmeldung Drittversicherer

Anmeldung ist erfolgt bei:

Koll. Krankentaggeldversicherung*	Datum Anmeldung: _____
Unfallversicherung (UVG)*	Datum Anmeldung: _____
Eidg. Invalidenversicherung (IV)	Datum Anmeldung: _____
Eidg. Militärversicherung	Datum Anmeldung: _____

\* Kopien der Anmeldungen und allfälliger Taggeldabrechnungen beilegen

#### Kontakt Koll. Krankentaggeldversicherung / Unfallversicherung

Name Versicherung \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Policen-Nummer \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie die Rückseite

**Grund der Arbeitsunfähigkeit**

Krankheit

Unfall\*                      \*Bitte Kopie Unfallmeldung (Unfallhergang) beilegen.

Schwangerschaft      Voraussichtlicher Geburtstermin: \_\_\_\_\_

**Daten der Arbeitsunfähigkeit**

Grad	_____	% von	_____	bis	_____
Grad	_____	% von	_____	bis	_____
Grad	_____	% von	_____	bis	_____
Grad	_____	% von	_____	bis	_____
Grad	_____	% von	_____	bis	_____
Grad	_____	% von	_____	bis	_____

**Angaben Case Management**

Ist bereits ein Case Manager einer anderen Versicherung involviert?                      Ja              Nein  
Wenn ja, welche Versicherung und Name Case Manager?

Bestehen Umplatzierungsmöglichkeiten in Ihrem Betrieb?                      Ja              Nein  
Wenn ja: Wurden solche betriebsintern bereits geprüft?                      Ja              Nein  
Sind Sie diesbezüglich an einer Hilfeleistung durch Fachleute der PKRück interessiert?              Ja              Nein

**Anmerkungen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber / Arbeitgeberin, Stempel

Formular senden an: **Stiftung Abendrot, Güterstrasse 133, Postfach, 4002 Basel**