

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**