

Meldung Arbeitsunfähigkeit (Formular Arbeitgeber)

Auszufüllen durch Arbeitgeber der arbeitsunfähigen Person

Betrieb	AG-Nr.
Unternehmung	
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/e Case Manager/in einer anderen Versicherung involviert?	Ja	Nein
--	----	------

Wenn ja, welche Versicherung und Name der Case Managerin / des Case Managers?

Bestehen Umplatzierungsmöglichkeiten in Ihrem Betrieb?	Ja	Nein
--	----	------

Wenn ja: Wurden solche betriebsintern bereits geprüft?	Ja	Nein
--	----	------

Sind Sie diesbezüglich an einer Hilfeleistung durch unsere Case Management-Fachpersonen interessiert?	Ja	Nein
---	----	------

Anmerkungen

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber / Arbeitgeberin, Stempel

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