

Abendrot

v1.25

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
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*
- Unfallversicherung (UVG)*
- Eidg. Invalidenversicherung (IV)
- Eidg. Militärversicherung

Datum Anmeldung: _____
Datum Anmeldung: _____
Datum Anmeldung: _____
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

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**