

## Meldung Arbeitsunfähigkeit/Änderung Arbeitsunfähigkeitsgrad

Vom Arbeitgeber auszufüllen

Firma \_\_\_\_\_

### Versicherte Person

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

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

Nationalität \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Zivilstand  ledig  verheiratet  geschieden  
 verwitwet  eingetragene gleichgeschlechtliche Partnerschaft

### Arbeitsunfähigkeit

Der/die Versicherte ist zu \_\_\_\_\_% arbeitsunfähig, infolge  Krankheit  Unfall

Beginn der Arbeitsunfähigkeit \_\_\_\_\_

### Änderung einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit

Neuer Arbeitsunfähigkeitsgrad \_\_\_\_\_%

Beginn Änderung Arbeitsunfähigkeitsgrad \_\_\_\_\_

### Minderjährige Kinder oder Kinder in Ausbildung

Name des Kindes \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Folgende Unterlagen sind beizulegen

- Kopie Arztzeugnis  Kopie einer allfälligen IV-Anmeldung / -Verfügung  
 Kopien der Taggeldabrechnungen  allfällige Unfallscheine  
 allfällige Ausbildungsbestätigungen Ihrer Kinder

Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Firma