

Meldeformular Arbeitsunfähigkeit

Mittels dem Meldeformular Arbeitsunfähigkeit sollen der Sammelstiftung Symova länger dauernde Arbeitsunfähigkeiten (ab 3 Monaten) von versicherten Personen durch den Arbeitgeber gemeldet werden. Diese Informationen können für die korrekte Bearbeitung des Versichertenverhältnisses von grosser Wichtigkeit sein.

Arbeitgeber:

Unternehmung:	Unternehmungsnummer:
---------------	----------------------

Versicherte, arbeitsunfähige Person:

Name:	Vorname:
Strasse:	Wohnort:
Geburtsdatum:	AHV-Nr.:

Informationen zur Arbeitsunfähigkeit:

Datum Eintritt Arbeitsunfähigkeit:				
Umfang Arbeitsunfähigkeit in %:				
Krankentaggeldversicherung der Unternehmung:	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Krankentaggeldversicherung längstens bis:				
Name zuständiger Krankentaggeldversicherer:				
Direkter Kontakt Krankentaggeldversicherer (E-Mail):				
Anmeldung Eidg. IV erfolgt?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Ist die Arbeitsunfähigkeit die Folge eines Unfalls?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Wenn Ja: SUVA oder UVG angemeldet?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Wurde der Unfall durch eine andere Person verursacht (Regress)?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Hat die versicherte Person schulpflichtige Kinder oder Kinder in Ausbildung (bis 25. Altersjahr)?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Wenn Ja, Name und Geburtsdatum:				
Wenn Ja, Name und Geburtsdatum:				
Wenn Ja, Name und Geburtsdatum:				