

Krankheits- und Unfallmeldung Einzelleben (Säule 3a und 3b)

bei Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit und Invalidität

Police-Nr.

1. Versicherungsnehmer

Name/Vorname

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

2. Versicherte Person

Herr Frau

Name/Vorname

Geburtsdatum: Tag

Strasse/Nr.

Nationalität

PLZ/Ort

3. Ereignis

Unfall
 Krankheit

4. Unfalldatum/Erkrankungsdatum

Tag

Monat

Jahr

5. Unfall

Unfallort

Wo ereignete sich der Unfall? (Ort, Stelle)

Unfallbeschreibung

Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe

6. Arbeitsunfähigkeit

Wann wurde die Arbeit niedergelegt?

Datum: Tag

Monat

Jahr

Wenn die Arbeit wieder aufgenommen wurde, dann

ganz

Datum: Tag

Monat

Jahr

teilweise, zu %

Datum: Tag

Monat

Jahr

7. Andere Versicherungseinrichtungen (IV, SUVA, UVG, MV, Krankenkassen, private Versicherungsgesellschaften, Pensionskassen, usw.)

Sind andere Versicherungseinrichtungen durch dasselbe Ereignis betroffen? Ja Nein

Wenn ja, welche? (Name, Adresse und Referenz)

Bezieht die versicherte Person ein Taggeld oder eine Rente? Ja Nein

Wenn ja, bei wem? (Name, Adresse und Referenz)

8. Berufliche Tätigkeit

Angestellte/-r? Ja Nein

Selbständigerwerbend? Ja Nein

Ohne Erwerbstätigkeit? Ja Nein

Arbeitslos? Ja Nein

Letzte ausgeübte Tätigkeit

Ort

Datum: Tag Monat Jahr

Senden