

Arbeitsunterbruch

Arbeitgeber

Unternehmen

Vertrag-Nr.

Arbeitnehmer

Police Nr.

Anrede

- Frau
 Herr

Vorname

Nachname

Strasse

Nr.

PLZ

Ort

Land

Geburtsdatum

Zivilstand

E-Mail

Ist die versicherte Person vollständig arbeits- bzw. erwerbsfähig?

- Nein
 Ja

Hinweis: Sofern uns die Arbeitsunfähigkeit noch nicht gemeldet wurde, ist das Formular [«Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit»](#) einzureichen.

Arbeitsunterbruch

Datum Arbeitsunterbruch

Bestätigung

Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben wahrheitsgetreu sind.

Diese Anmeldung wurde erfasst von

Vorname

Nachname
