

ARBEITSUNFÄHIGKEITS-MELDUNG

Name des Versicherten:	Geburtsdatum:
Vorname:	Strasse:
Ortschaft:	Anschluss:

Nur bei Krankheit auszufüllen	
a) An welcher Krankheit leiden Sie?	.....
b) Art der Beschwerden?	.....
c) Wann traten diese erstmals auf?	.....
d) Seit wann sind Sie in ärztlicher Behandlung?	.....
e) Litten Sie bereits früher an dieser Krankheit?	.....
f) Welcher Arzt behandelte Sie damals?	.....

Nur bei Unfall auszufüllen	
a) Zeit, Tag, Ort und Ursache bzw Hergang des Unfalls?	..... .....
b) Welche Verletzungen haben Sie erlitten?	.....
c) Gegenwärtige körperliche Beeinträchtigung?	.....
d) Gibt es Zeugen des Unfalls?	.....
e) Ist eine Drittperson dafür verantwortlich?	.....

Behandelnde Ärzte	
a) Bei Beginn der Erwerbsunfähigkeit?	.....
b) Gegenwärtiger behandelnder Arzt?	.....
c) Allfällige weiter zugezogene Ärzte?	.....
d) Wann ist die nächste Kontrolle vorgesehen?	.....

Spital-oder Kuraufenthalte	
a) Waren Sie in Spitalbehandlung?	.....
b) Mussten Sie zur Kur?	.....
c) Name des Spitals/Kuranstalt?	.....

Arbeitsunfähigkeit

a) Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit?

.....% vom bis
.....% vom bis
.....% vom bis

Sind andere Sozialversicherungen daran beteiligt?

a) Eidg. Invalidenversicherung seit?

.....

b) SUVA seit?

.....

c) Eidg. Militärversicherung seit?

.....

d) Vorsorgeeinrichtung/Lebensversicherung?

.....

Bitte Name der Gesellschaft angeben:

.....

f) Kranken- /Unfallversicherung?

.....

Bitte Namen der Gesellschaft angeben:

.....

g) Krankenkasse?

.....

Bitte Namen der Gesellschaft angeben

.....

Bemerkungen

.....
.....
.....

Vollmacht

Der Unterzeichnete ermächtigt die **fundamenta SAMMELSTIFTUNG**, ihren Gesellschaftsarzt und den Rückversicherer, alle zur Abklärung des Anrechtes auf die versicherten Leistungen notwendig erscheinenden Auskünfte und Unterlagen bei Ärzten, der Eidg. Invalidenversicherung, der SUVA, der Eidg. Militärversicherung, anderen Versicherungseinrichtungen und -gesellschaften, sowie bei Drittpersonen direkt einzuholen. Die Ärzte und die genannten Institutionen sind daher von der Schweigepflicht gegenüber der **fundamenta SAMMELSTIFTUNG** und dem Fachpersonal des Rückversicherers vorbehaltlos entbunden.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten
oder seines gesetzlichen Vertreters

.....