

# COPRE

## MELDUNG EINER ERWERBSUNFÄHIGKEIT

Angeschlossenen Unternehmen: ..... Vertrags-Nr.: .....

### Persönliche Daten des/der Versicherten

Name und Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

AHV-Nr.: ..... Geschlecht:  M  F

Adresse: .....

Tel. privat/mobil: ..... E-Mail: .....

Zivilstand, seit dem: .....  ledig  verheiratet  geschieden  
 in eingetragener Partnerschaft  Partnerschaft aufgelöst  verwitwet

### Angaben zur Erwerbsunfähigkeit und zur beruflichen Situation:

Ursache der Erwerbsunfähigkeit:  Krankheit  Unfall

Grad und Dauer ..... % von ..... bis .....  
..... % von ..... bis .....  
..... % von ..... bis .....

Name und Adresse des behandelnden Arztes: .....

### Kopie der ärztlichen Zeugnisse beilegen.

Berufliche Situation:

- Vor Beginn der Erwerbsunfähigkeit ausgeübte Berufstätigkeit: .....
  - Kann die versicherte Person die gleiche Tätigkeit wieder aufnehmen:  ja  nein
  - Ist oder wird der Arbeitsvertrag aufgelöst?  ja  nein
- Wenn ja, Datum der Vertragsbeendigung angeben: .....

### Auskünfte zu den Versicherungen:

- Krankentaggeldversicherung (Name und Adresse): .....
- Unfallversicherung (UVG) (Name und Adresse): .....

Kopie der Meldung an die Krankentaggeldversicherung sowie der Taggeldabrechnungen beilegen.

Ort und Datum: ..... Stempel/Unterschrift des Arbeitgebers: .....