

TRANSPARENTA Sammelstiftung
für berufliche Vorsorge
Care-Management
Hauptstrasse 105
4147 Aesch

Meldung Erwerbsunfähigkeit durch Krankheit/Unfall

Nutzen Sie unseren Service. Kopieren Sie dieses Formular für Ihre fortlaufenden Erwerbsunfähigkeitsmeldungen. Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

Firma _____

Vertrags-Nr. _____

keine Fälle hängig

Nachfolgend aufgeführte Personen sind länger als **einen Monat** erwerbsunfähig.
(Bitte Kopien der Unfall- bzw. Krankentaggelddokumente beilegen. Danke)

Name	Vorname	Beginn Erwerbsunfähigkeit	erwerbsunfähig durch Krankheit	Unfall

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift
