

TRIKOLON 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_