

Meldung Arbeitsunfähigkeit (durch Arbeitgeber auszufüllen)

Arbeitgeber _____ Vertrag-Nr. _____

Angaben zur versicherten Person

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ Geburtsdatum _____

Zivilstand _____ Zivilstandsdatum _____

Angaben zur Arbeitsunfähigkeit (AUF)

Eintritt Betrieb _____ Beginn AUF (genaues Datum) _____

AUF-Grad _____ % Beschäftigungsgrad (BG) vor AUF _____ %

Bei Teilzeit, bitte Grund angeben
 gesundheitlich betrieblich persönlich
 andere _____

BG nach Eintritt der Teilarbeitsunfähigkeit _____ %

Jahres-Bruttolohn bei Beginn AUF CHF _____

Bestand eine Invalidität aus einem früheren Vorsorgeverhältnis? ja nein

Falls ja, IV-Grad _____ % Beginn Anspruch _____

Wurden Leistungen wegen AUF und/oder IV von einer PK bezogen? ja nein

Falls ja, welche? _____
Bitte Kopien Unterlagen beilegen

Anmeldung Drittversicherer – Anmeldung erfolgt bei:

Kollektiver Krankenversicherung am _____ Eidg. Invalidenversicherung am _____
Bitte Kopien Taggeldabrechnungen beilegen *Bitte Kopie Anmeldung beilegen*

Unfallversicherung (UVG) am _____ Eidg. Militärversicherung am _____
Bitte Kopien Taggeldabrechnungen beilegen *Bitte Kopie Anmeldung beilegen*

Früherfassung IV erfolgt am _____

Kontakt kollektive Krankenversicherung/Unfallversicherung

Name Versicherung _____ Strasse _____

Policennummer _____ PLZ/Ort _____

Grund der Arbeitsunfähigkeit (Art der Krankheit/Art der Verletzung bei Unfall)

Angaben zum ArbeitsverhältnisFalls das Arbeitsverhältnis aufgelöst wurde, durch wen? Arbeitnehmer Arbeitgeber

Aus welchen Gründen? _____

Letzter effektiver Arbeitstag vor Arbeitsunfähigkeit am _____

Wird die versicherte Person weiterhin bei Ihnen beschäftigt? ja nein

Ausbildung bzw. erlernter Beruf der versicherten Person _____

Kurze Beschreibung der vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ausgeübten Tätigkeit:

Art der Beschäftigung nach Eintritt des Gesundheitsschadens:

_____ ab _____

Bemerkungen

Unterlagen

Bitte legen Sie folgende Dokumente bei:

- Kopien Taggeldabrechnungen
- Kopien Arztzeugnisse
- Kopie Anmeldung Invalidenversicherung

Bitte senden Sie uns das Formular auch dann umgehend zu, wenn noch nicht alle oben aufgeführten Unterlagen vorliegen. Fehlende Dokumente sind uns nachzureichen. Besten Dank.

Ort/Datum _____

Stempel/Unterschrift Arbeitgeber _____