

## 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 Arbeitsverhältnis

Falls 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