

Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsmeldung

Diese Seite ist durch den Arbeitgeber unter Mithilfe der versicherten Person auszufüllen u. von beiden zu unterzeichnen.

Allgemeine Angaben

Arbeitgeber/in, Adresse _____

Kontaktperson _____

Telefon _____

Angaben zur Person

Name: _____

Personalnummer _____

Stellung: _____

Vorname: _____

SV-Nr.: _____

☐ Selbständigerwerbende/r

Strasse, Nr.: _____

Geburtsdatum: _____

☐ Arbeitnehmer/in

PLZ, Ort: _____

Angaben zur Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähig seit: _____

Arbeitsunfähigkeitsgrad: _____

%

Lohnfortzahlung bis: _____

Resterwerbstätigkeitsgrad: _____

%

Kündigung des Arbeitsverhältnisses per: _____

Resterwerbseinkommen in CHF: _____

Krankentaggeldversicherung: _____

☐ Ja

☐ Nein

Worauf ist die Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen? _____

☐ Unfall

☐ Krankheit

Anmeldung der Arbeitsunfähigkeit bei anderen Versicherungen

Sobald die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person der Eidgenössischen Invalidenversicherung, der Unfallversicherung und/oder der Militärversicherung gemeldet wird, bitten wir Sie, uns umgehend eine Kopie der Meldung zuzustellen. Im Voraus besten Dank.

Wichtiger Hinweis

Bitte senden Sie uns laufend Kopien der Arztzeugnisse und der Abrechnungen der Unfall- und/oder Krankentaggeldversicherung. Sobald die versicherte Person von der Kollektivtaggeldversicherung zur Einzeltaggeldversicherung transferiert wird, stellen Sie bitte sicher, dass die versicherte Person Ihnen weiterhin die entsprechenden Abrechnungen zustellt. Zudem sind sämtliche Verfügungen der Vorsorgestiftung zuzustellen.

Bestätigung / Vollmacht der versicherten Person

Die versicherte Person bestätigt mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben. Weiter bevollmächtigt sie die Vorsorgestiftung alle Daten und Akten, welche für die Abklärung ihrer Leistungspflicht erforderlich sind, von Ärzten, Therapeuten, med. Personal, Spitälern, Behörden, Amtsstellen, Sozialversicherungen, privaten Versicherern sowie von anderen Pensionskassen einzufordern sowie die für die Abwicklung des Vorsorgeverhältnisses notwendigen Informationen an eine neue Pensionskasse bzw. an Neu-, Mit- und Rückversicherer weiterzuleiten. Die versicherte Person entbindet in diesem Zusammenhang die entsprechenden Personen bzw. Stellen vom Berufsgeheimnis bzw. von der Schweigepflicht.

Unterschriften

Ort und Datum _____

Stempel und Unterschrift
des Arbeitgebers _____

Ort und Datum _____

Unterschrift der zu
versichernden Person _____