

STIFTUNG ABENDROT

Die nachhaltige Pensionskasse

Tel. 061 269 90 20

Fax 061 269 90 29

Meldung Arbeitsunfähigkeit (Formular Arbeitgeber)

Auszufüllen durch Arbeitgeber der arbeitsunfähigen Person

Betrieb AG-Nr.

Firma	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
Kontaktperson	<input type="text"/>
Tel.-Nummer	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>

Versicherte Person Pers.Nr.

Name, Vorname	<input type="text"/>		
Sozialvers.Nr.	<input type="text"/>		
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Strasse, Nr.	<input type="text"/>		
PLZ, Ort	<input type="text"/>		
Tel.Nummer	<input type="text"/>		
Korrespondenzsprache	<input type="checkbox"/> de <input type="checkbox"/> fr <input type="checkbox"/> it		
Zivilstand:	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetr.Partnerschaft	verheiratet/eingetr.Partnerschaft seit	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Konkubinat		

Kontaktangaben allfällige/r Vertreter/in (Vollmacht Vertreter beilegen)

Name, Vorname	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
Tel.Nummer	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>

Ehegatte / Partner

Name, Vorname	<input type="text"/>		
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich

Kinder

Name, Vorname	<input type="text"/>		
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Name, Vorname	<input type="text"/>		
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Name, Vorname	<input type="text"/>		
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich

Angaben Arbeitsunfähigkeit

Eintrittsdatum in Betrieb:	
Beschäftigungsgrad vor der Arbeitsunfähigkeit:	%
Bei Teilzeit, Grund angeben:	<input type="checkbox"/> gesundheitliche Gründe <input type="checkbox"/> betriebliche Gründe <input type="checkbox"/> andere:
AHV-pflichtiger Jahreslohn bei Beginn Arbeitsunfähigkeit:	CHF
Beschäftigungsgrad nach Eintritt der Teilarbeitsunfähigkeit:	%
Meldung/Anmeldung Drittversicherer	
Ist eine Meldung an die Eidg. Invalidenversicherung erfolgt? (Früherfassung)*	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am	Wenn ja, durch wen?
Anmeldung ist erfolgt bei:	
<input type="checkbox"/> Koll. Krankentaggeldversicherung*	Datum Anmeldung:
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung (UVG)*	Datum Anmeldung:
<input type="checkbox"/> Eidg. Invalidenversicherung (IV)	Datum Anmeldung:
<input type="checkbox"/> Eidg. Militärversicherung	Datum Anmeldung:
* Kopien der Anmeldungen und allfälliger Taggeldabrechnungen beilegen	
Kontakt Koll. Krankentaggeldversicherung / Unfallversicherung	
Name Versicherung	
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort	
Policen-Nummer	

Daten der Arbeitsunfähigkeit

Grad	%	vom		bis	
Grad	%	vom		bis	
Grad	%	vom		bis	
Grad	%	vom		bis	
Grad	%	vom		bis	
Grad	%	vom		bis	

Angaben Arbeitsverhältnis

Wenn das Arbeitsverhältnis aufgelöst wurde:	Durch wen?	
	Per wann?	
	Gründe?	
Letzter effektiver Arbeitstag vor der Arbeitsunfähigkeit:		
Wird die versicherte Person weiterhin bei Ihnen beschäftigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Ausbildung / erlernter Beruf der versicherten Person:		

Kurze Beschreibung der vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ausgeübten Tätigkeit:	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Art der Beschäftigung nach Eintritt des Gesundheitsschadens:	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Ab	<input type="text"/>

Angaben Case Management

Ist bereits ein Case Manager einer anderen Versicherung involviert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche Versicherung und Name Case Manager?	<input type="text"/> <input type="text"/>
Bestehen Umplatzierungsmöglichkeiten in Ihrem Betrieb?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja: Wurden solche betriebsintern bereits geprüft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie diesbezüglich an einer Hilfeleistung durch Fachleute der PKRück interessiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Anmerkungen

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift