Formular prüfen

ASGA
Rosenbergstrasse 16
Postfach | 9001 St.Gallen
T 071 228 52 52 | F 071 228 52 55
info@asga.ch | www.asga.ch

Meldung eines Leistungsfalls

❒ **Pensionskasse** ❒ **Vorsorgestiftung** ❒ **Dienstleistungen AG**

Bitte mit Druckbuchstaben ausfüllen. Vollständig ausgefüllte Formulare ersparen Ihnen und uns zusätzliche Umtriebe.

1. versicherte Person

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht
neue AHV-Nr.	evtl. alte AHV-Nr.
Strasse, Nr.	PLZ, Ort

2. Firma

Mitglied- / Vertrags-Nr.

3. Versicherungsfall

Ursache ❒ Unfall ❒ Krankheit

❒ Erwerbsunfähigkeit	seit	(Wartefrist für Beitragsbefreiung 90 Tage)
❒ Todesfall	Datum	(Tag / Monat / Jahr)
	Uhrzeit	

4. Bemerkungen und besondere Abmachungen

Beilagen

Ort und Datum | Stempel und Unterschrift der Firma

Bitte per Post oder Fax an
ASGA, Leistungen und Risiken, Rosenbergstrasse 16, Postfach, 9001 St. Gallen, Fax 071 228 52 55
Nach Eingang dieser Meldung erhalten Sie die entsprechenden Unterlagen für die Behandlung des Versicherungsfalles.

12.2009