

Arbeitsunfähigkeitsmeldung für Arbeitgeber Berufliche Vorsorge

Arbeitgeber

Vertrags-Nr.

Versicherten-Nr.

Kontaktperson

Vorname

Telefon

Name

E-Mail

Angaben zur versicherten Person

Vorname

Zivilstand

ledig

verheiratet

Name

in eingetragener Partnerschaft

Strasse/Nr.

geschieden

verwitwet

PLZ/Ort

Stellenantritt

Geburtsdatum

Beschäftigungsgrad %

AHV-Nr.

Jahreslohn CHF

Aufenthaltsbewilligung

A B C Andere:

Quellensteuerpflichtig

Ja Nein

Informationen zur beruflichen Tätigkeit vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit

1 Funktion und Bezeichnung der beruflichen Tätigkeit

2 Besteht das Arbeitsverhältnis noch?

Ja Nein

Wenn nein, wurde das Arbeitsverhältnis infolge der Arbeitsunfähigkeit gekündigt?

Ja Nein

Kündigung per

Ende Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers am

3 Ist die versicherte Person bei anderen Arbeitgebern tätig?

Ja Nein

Arbeitgeber: Name

Adresse



.....

Informationen zur Arbeitsunfähigkeit

4 Grund der Arbeitsunfähigkeit Krankheit Unfall Berufskrankheit

Seit wann besteht die Arbeitsunfähigkeit?

Grad der Arbeitsunfähigkeit

	%	von	bis	
<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	
<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	
<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	

5 Werden Leistungen der kollektiven Krankentaggeldversicherung oder des Unfallversicherers erbracht? Ja Nein

Kollektive Krankentaggeldversicherung (KTG)			Unfallversicherer (SUVA oder andere)		
Name	<input style="width: 100%;" type="text"/>		Name	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
PLZ/Ort	<input style="width: 100%;" type="text"/>		PLZ/Ort	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Schaden-Nr.	<input style="width: 100%;" type="text"/>		Schaden-Nr.	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Taggeld %	<input style="width: 50px;" type="text"/>	seit <input style="width: 100px;" type="text"/>	Taggeld %	<input style="width: 50px;" type="text"/>	seit <input style="width: 100px;" type="text"/>
Taggeld %	<input style="width: 50px;" type="text"/>	seit <input style="width: 100px;" type="text"/>	Taggeld %	<input style="width: 50px;" type="text"/>	seit <input style="width: 100px;" type="text"/>
			Rente %	<input style="width: 50px;" type="text"/>	seit <input style="width: 100px;" type="text"/>

6 Ist eine Anmeldung zur Früherfassung an die Invalidenversicherung (IV) erfolgt? Ja Nein

Sind berufliche Eingliederungsmassnahmen der IV angeordnet worden? Ja Nein

Wenn ja, Art der Massnahmen von bis

<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
---	---	---

7 Ist eine Anmeldung zum Bezug von Leistungen an die Invalidenversicherung (IV) erfolgt? Ja Nein

Werden Leistungen der Invalidenversicherung (IV) erbracht? Ja Nein

Taggeld %	<input style="width: 50px;" type="text"/>	seit <input style="width: 100px;" type="text"/>	Rente %	<input style="width: 50px;" type="text"/>	seit <input style="width: 100px;" type="text"/>
------------------	---	---	----------------	---	---

8 Könnte die versicherte Person in Ihrem Betrieb eine andere Tätigkeit ausüben? Ja Nein

Bezeichnung der beruflichen Tätigkeit

Ab	Beschäftigungsgrad %	Jahreslohn CHF
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>



9 Ist mit einer Wiederaufnahme der Arbeit zu rechnen oder ist diese bereits erfolgt?

Ja Nein

Wenn ja, %

ab wann

Ihre Bemerkungen

Unterlagen

Bitte legen Sie Kopien folgender Unterlagen bei:

- Arztberichte, Arztzeugnisse, Unfallscheine
- Krankentaggeld- bzw. Unfalltaggeldabrechnungen
- IV-Anmeldung
- Entscheide und/oder Verfügungen inländischer oder ausländischer Versicherungsgesellschaften
- Kopie Kündigungsschreiben oder Kündigungsbestätigung

Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort/Datum

Unterschrift
Arbeitgeber

Vorname/Name
in Blockschrift

