

Arbeitsunfähigkeitsmeldung für Arbeitgeber Berufliche Vorsorge

Arbeitgeber	<input type="text"/>	Vertrags-Nr.	<input type="text"/>
		Versicherten-Nr.	<input type="text"/>

Kontaktperson

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Telefon-Nr.	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

Angaben zur versicherten Person

Vorname	<input type="text"/>	Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet
Name	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft	
Strasse/Nr.	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet
PLZ/Ort	<input type="text"/>	Stellenantritt	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Beschäftigungsgrad	<input type="text"/> %	
Sozialversicherungs-Nr. (AHV-Nr.)	<input type="text"/>	Jahreslohn	CHF <input type="text"/>	
Aufenthaltsbewilligung	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Andere: <input type="text"/>	Quellensteuerpflichtig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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 Berufskrankheit Unfall

Seit wann besteht die Arbeitsunfähigkeit?

Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit

	von	bis
<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"/>

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

Kollektive Krankentaggeldversicherung (KTG)

Unfallversicherer (SUVA oder andere)

Name

Name

PLZ/Ort

PLZ/Ort

Schaden-Nr.

Schaden-Nr.

Taggeld % seit

Taggeld % seit

Rente % seit

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

Bitte legen Sie Kopien der Krankentaggeld- bzw. Unfalltaggeldabrechnungen bei.

Sind berufliche Eingliederungsmassnahmen der IV angeordnet worden? Ja Nein

Wenn ja, Art der Massnahmen

von	bis
<input type="text"/>	<input 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 % seit

Rente % seit

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

Bezeichnung der beruflichen Tätigkeit

Ab

Beschäftigungsgrad %

Jahreslohn CHF



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

Ja Nein

Wenn ja,

ab wann / seit

 %

Bemerkungen

Einzureichende 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

