

## Arbeitsunfähigkeitsmeldung für Arbeitgeber Berufliche Vorsorge

Arbeitgeber

Vertrags-Nr.

Versicherten-Nr.

### Kontaktperson

Vorname

Name

Telefon-Nr.

E-Mail

### Angaben zur versicherten Person

Vorname

Zivilstand

ledig

verheiratet

Name

in eingetragener Partnerschaft

Strasse/Nr.

geschieden

verwitwet

PLZ/Ort

Stellenantritt

Geburtsdatum

Beschäftigungsgrad

 %

Sozialversicherungs-Nr.  
(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       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

#### 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

