

Meldung Arbeitsunfähigkeit (durch Arbeitgeber auszufüllen)

Angaben zum Arbeitgeber

Firma Vertragsnummer
Strasse Kontaktperson
PLZ / Ort Tel.-Nr.
E-Mail

Personalien der versicherten Person

Name Geschlecht Männlich Weiblich
Vorname Geburtsdatum
Soz.Vers.Nr.
Strasse Tel.-Nr.
PLZ / Ort E-Mail

Angaben zur Arbeitsunfähigkeit (AUF)

Eintritt Betrieb Beginn AUF (genaues Datum)
AUF-Grad
Bestand eine Invalidität aus einem früherem Vorsorgeverhältnis? Ja Nein
Falls Ja, IV-Grad Beginn Anspruch
Wurden Leistungen wegen AUF und/oder IV von einer PK bezogen? Ja Nein
Falls ja, welche?
Kopien Unterlagen beilegen
Beschäftigungsgrad (BG) vor AUF
Bei Teilzeit, Grund angeben gesundheitliche Gründe betriebliche Gründe
 andere:
BG nach Eintritt der Teilarbeitsunfähigkeit
Jahres-Bruttolohn bei Beginn AUF

Anmeldung Drittversicherer

Anmeldung erfolgt bei

Kollektiver Krankenversicherung am Eidg. Invalidenversicherung am
Kopien Taggeldabrechnungen beilegen *Kopie Anmeldung beilegen*
Unfallversicherung (UVG) am Eidg. Militärversicherung am
Kopien Taggeldabrechnungen beilegen *Kopie Anmeldung beilegen*
Früherfassung IV erfolgt am

Meldung Arbeitsunfähigkeit (durch Arbeitgeber auszufüllen)

Versicherte Person: Name: Vorname: Sozialversicherungsnummer:

Kontakt kollektive Krankenversicherung / Unfallversicherung

Name der Versicherung PLZ / Ort

Strasse Policennummer

Grund der Arbeitsunfähigkeit (Art der Krankheit / Art der Verletzung bei Unfall)

Angaben zum Arbeitsverhältnis

Falls das Arbeitsverhältnis aufgelöst wurde: Durch wen?

Aus welchen Gründen?

Letzter effektiver Arbeitstag vor Arbeitsunfähigkeit am

Wird die versicherte Person weiterhin bei Ihnen beschäftigt? Ja Nein

Ausbildung / erlernter Beruf der versicherten Person

Kurze Beschreibung der vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ausgeübten Tätigkeit

Art der Beschäftigung nach Eintritt des Gesundheitsschadens

ab

Angaben Case Management

Bestehen Umplatzierungsmöglichkeiten in Ihrem Betrieb? Ja Nein

Falls Ja, wurden solche betriebsintern bereits geprüft? Ja Nein

Sind Sie diesbezüglich an einer Hilfeleistung durch Fachleute interessiert? Ja Nein

Ist bereits ein Case Manager einer anderen Versicherung involviert? Ja Nein

Falls ja, bitte involvierte Versicherung und Name des Case Managers angeben

Bemerkungen

Das Formular ist umgehend "Vertraulich" zu senden an:

Beratungsgesellschaft für die zweite Säule AG
Aldona Sutter, RV Pool,
Dornacherstrasse 230, Postfach, 4018 Basel

Bitte folgende Dokumente beilegen:

- Kopien allfälliger Taggeldabrechnungen
- IV- Dossier
- IV- Früherfassung

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift Arbeitgeber

Meldung Arbeitsunfähigkeit (durch Arbeitgeber auszufüllen)

Versicherte Person: Name: Vorname:

Sozialversicherungsnummer: