

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 früheren 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 bitte 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