

<b>Arbeitsunfähigkeitsmeldung BVG</b>	
<b>1. Arbeitgeber</b>	<b>Firmenname</b> Telefon:
	<b>Adresse</b> Vertrags Nr.:
	<b>PLZ                      Ort</b> E-Mail:
<b>2. Versicherte Person</b>	<b>Name, Vorname</b> Geburtsdatum                      Zivilstand
	<b>Adresse</b> Tel. Nr.                                      AHV-Nr.
	<b>PLZ                      Wohnort</b> Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
<b>3. Anstellung</b>	unbefristeter Arbeitsvertrag    befristeter Arbeitsvertrag    Arbeitsverhältnis gekündigt per _____
	Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ %
	AHV Jahreslohn (bevor Arbeit niedergelegt wurde)? _____
<b>4. Arbeitsunfähigkeit</b>	Arbeitsunfähig seit? _____ ganz    teilweise zu _____ % Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit? _____ Wurde die Arbeit wieder aufgenommen?    Nein    Ja, ab wann? _____ ganz,    teilweise zu _____ % Auf was ist die Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit zurückzuführen?    Krankheit    Unfall    Berufskrankheit Art der Krankheit / des Unfalls? _____    Geburtstermin (bei Schwangerschaft)? _____ Behandelnder Arzt? _____ Ist eine IV Früherfassung erfolgt?    Nein    Ja, wann? _____    Zuständige IV-Stelle? _____ Wurde die Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit anderweitig gemeldet? <input type="checkbox"/> Nein Ja, Unfallversicherung; Versicherung _____    Policennummer: _____ Ja, Krankentaggeldversicherer, Versicherung _____    Policennummer: _____ Ja, Militärversicherung: _____    Policennummer: _____ Weitere Versicherungen: _____
<b>5. Andere Sozialversicherungen</b>	Hat der/die Verletzte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, SUVA oder einer anderen obligatorischen Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse, Berufliche Vorsorgeeinrichtung? Wenn ja, wo? _____

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_