



Arbeitgeber: _____
Versicherte Person: _____
Versicherte Person: _____
Tel. versicherte Person: _____
(für allfällige Rückfragen)

Anschluss-Nr.: _____

Anschluss-Nr.: _____

Arbeitsunfähigkeitsmeldung

(Dieses Formular bitte gut leserlich in Blockschrift oder mit Schreibmaschine ausfüllen und unterzeichnen)

Angaben zur Arbeitsunfähigkeit

Beginn: _____ Arbeitsunfähigkeitsgrad per Beginn: _____ %

Ursache: Krankheit Unfall oder Berufskrankheit

Änderungen des von: _____ bis: _____ %

Arbeitsunfähigkeitsgrads: von: _____ bis: _____ %

Bitte Kopien von Arbeitsunfähigkeitszeugnissen beilegen!

Wurde die Arbeitsunfähigkeit der Eidg. IV zur Früherfassung gemeldet? ja nein

Anmeldung am: _____

Meldung durch: _____

Name der IV-Stelle: _____

Wurde die Arbeitsunfähigkeit anderen Versicherungseinrichtungen gemeldet? ja nein

	Anmeldung am:	Leistungen sind anerkannt:
<input type="checkbox"/> der Eidgenössischen IV	_____	zu _____ % seit _____
<input type="checkbox"/> der Eidgenössischen MV	_____	zu _____ % seit _____
<input type="checkbox"/> der Unfallversicherung (UVG)	_____	zu _____ % seit _____
<input type="checkbox"/> einem ausländischen Sozialversicherer	_____	zu _____ % seit _____
<input type="checkbox"/> der Kollektiv-krankentaggeldversicherung	_____	zu _____ % seit _____

Name der Versicherung: _____ Vertrag-Nr.: _____

Bitte Kopien der jeweiligen Verfügungen und Taggeldabrechnungen seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit beilegen!



Wurde das Arbeitsverhältnis aufgelöst?

ja nein

Wenn ja: Austritt per (= Ende Arbeitsverhältnis) _____

Der Arbeitgeber bestätigt, dass bei der Auflösung des Arbeitsverhältnisses sowohl die arbeitsvertraglichen Bestimmungen als auch die zwingenden Bestimmungen des Arbeitsrechts (z.B. Art. 336c OR) eingehalten wurden.

Vollmacht

Die versicherte Person ermächtigt alle Privatpersonen, Firmen, Amtsstellen, Ärzte, Anwälte, Privatversicherer, Haftpflichtversicherer, Sozialversicherungsorgane und Sozialhilfebehörden, die für die Abwicklung des Leistungsfalls relevante Angaben machen können, zur Erteilung von Auskünften.

Ort Datum Unterschrift der versicherten Person

Ort Datum Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers



Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Fondation institution supplétive LPP
Fondazione istituto collettore LPP

Vertraulich

Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Vorsorge BVG
Elias-Canetti-Strasse 2
Postfach
8050 Zürich

Vertraulich

Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Vorsorge BVG
Elias-Canetti-Strasse 2
Postfach
8050 Zürich

Bitte legen Sie dieses Deckblatt den Unterlagen bei, die Sie uns zurücksenden. Vielen Dank.

Bitte benutzen Sie für die Rücksendung Ihrer Dokumente keine Büroklammern, Heftklammern und Klebeband.

