

BVG-Arbeitsunfähigkeitsmeldung

Angaben zur versicherten Person

(vom Arbeitgeber auszufüllen)

Name _____
Vorname _____
Strasse, PLZ, Ort _____
Geburtsdatum _____
AHV-Nummer _____
Zivilstand _____
Arbeitgeber _____
Anschluss-Nr. _____
Vorsorgeplan _____

Arbeitsunfähigkeit

Beginn, Grad und Dauer _____ % vom _____ bis _____
_____ % vom _____ bis _____
_____ % vom _____ bis _____
_____ % vom _____ bis _____
_____ % vom _____ bis _____

Ursache Krankheit Versicherer _____ Schaden-Nr. _____
 Unfall Versicherer _____ Schaden-Nr. _____

Ist ein Case Management gewünscht? ja nein

Bitte legen Sie der Arbeitsunfähigkeitsmeldung sämtliche bereits vorhandenen Arztzeugnisse und Abrechnungen der Kranken- oder Unfalltaggeldversicherung bei.

Ort / Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers