

Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit (Teil Arbeitgeber)

Arbeitgeber

Unternehmen

Vertrag-Nr.

Arbeitnehmer

Police Nr.

Anrede

- Frau
 Herr

Vorname

Nachname

Strasse

Nr.

PLZ

Ort

Land

Geburtsdatum

Zivilstand

E-Mail

Telefon

Arbeitsverhältnis

Wie hoch waren Jahreslohn und Beschäftigungsgrad bei Beginn respektive vor Eintreten der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit?

Jahreslohn

Beschäftigungsgrad in %

Beruf/Funktion

Ist der Arbeitsvertrag mit dem Mitarbeitenden aufgelöst?

- Ja
 Nein

Datum Auflösung Arbeitsverhältnis

Ist eine Auflösung des Arbeitsvertrages vorgesehen?

- Ja
 Nein

Datum geplante Auflösung Arbeitsverhältnis

Arbeits-/ Erwerbsunfähigkeit

Welche Art der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit wollen Sie melden?

- Neuanmeldung
 Rückfall

Wie wurde die Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit ausgelöst?

- durch Krankheit
 durch Unfall

In welchem Zeitraum und Umfang war die versicherte Person arbeits- resp. erwerbsunfähig?

von	bis	Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit in %
-----	-----	----------------------------------

von	bis	Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit in %
-----	-----	----------------------------------

von	bis	Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit in %
-----	-----	----------------------------------

von	bis	Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit in %
-----	-----	----------------------------------

von	bis	Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit in %
-----	-----	----------------------------------

Für diesen Fall mitbeteiligte Versicherungseinrichtungen:

Für den Krankheitsfall

Krankentaggeldversicherer

Referenz oder Schadennummer

Kontaktperson

Vorname

Nachname

E-Mail

Telefon

Für den Unfall

Unfallversicherer

Unfallnummer

Kontaktperson

Vorname

Nachname

E-Mail

Telefon

Ist eine Meldung zur Früherfassung bei der Eidg. Invalidenversicherung erfolgt?

- Ja
 Nein

Ist eine Meldung zur Früherfassung vorgesehen?

- Ja
 Nein

Ist die Militärversicherung involviert?

- Ja
 Nein

Kontaktperson

Bitte geben Sie für weitere Auskünfte Ihre Koordinaten oder die Koordinaten der zuständigen Kontaktperson beim Arbeitgeber an.

Vorname

Nachname

E-Mail

Telefon

Weitere Angaben

Taggeldabrechnungen der leistungserbringenden Lohnausfallversicherung(en)

Bitte Kopien der Taggeldabrechnung ab Beginn Arbeitsunfähigkeit bis heute mitschicken.

Weitere Angaben zum Arbeitnehmer

Hinweis: Zur definitiven Erfassung der von Ihnen gemeldeten Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit benötigen wir noch weitere Informationen vom betroffenen Mitarbeitenden.

Wie soll der Arbeitnehmer das entsprechende Formular erhalten?

- Die Stiftung soll den Mitarbeitenden über die Anmeldeformalitäten per Post informieren.

- Das Unternehmen überreicht dem Mitarbeitenden das nötige Formular.
- Der Mitarbeitende soll das Formular per E-Mail erhalten.

Private E-Mail des Mitarbeitenden

Bitte überreichen Sie das folgende Formular Ihrem Mitarbeitenden für weitere Angaben zur Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit. Dieses Formular ist von Ihrem Mitarbeitenden auszufüllen und unterschrieben an uns zurück zu schicken.

[Formular Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit \(Teil Arbeitnehmer\)](#)

Bemerkungen

Weitere Bemerkungen

Bestätigung

- Hiermit bestätigt das Unternehmen, dass alle Angaben wahrheitsgetreu sind.