

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.

Hinweis: Sofern es sich bei Ihrem Personalvorsorgevertrag um eine eigene Stiftung mit rückversicherten Leistungen handelt, benötigen wir folgende Unterlagen:

- Vorsorgeausweis bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit,
- Vollständig ausgefüllte und durch die versicherte Person unterzeichnete Vollmacht

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?

- Das Unternehmen überreicht dem Mitarbeitenden das nötige Formular.
- Der Mitarbeitende soll das Formular per E-Mail erhalten.
- Die Stiftung soll den Mitarbeitenden über die Anmeldeformalitäten per Post informieren.

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 \(Teil Arbeitnehmer\)](#)

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

Bemerkungen

Weitere Bemerkungen

Bestätigung Arbeitgeber

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

Datenschutz

Sämtliche personenbezogenen Daten werden gemäss der geltenden Gesetzgebung bearbeitet: Für die obligatorische berufliche Vorsorge gelten die Datenschutzbestimmungen des BVG (Art. 85a ff. BVG). Die Bestimmungen des DSG sind ergänzend anwendbar. Für die rein überobligatorische berufliche Vorsorge gilt das DSG (Informationen dazu, wie z.B. Identität und Kontaktdaten der Verantwortlichen, Bearbeitungszwecke, etc., finden Sie unter www.helvetia.ch/datenschutz).