

## Meldung Arbeitsunfähigkeit

Blatt 1/2

Vertrag-Nummer

durch Arbeitgeber auszufüllen

### Angaben über Arbeitgeber

Firma

  

Strasse, PLZ und Ort

  

Kontaktperson

Telefon

### Personalien der versicherten Person

Name / Vorname

AHV-Nr.

Geburtsdatum

Geschlecht  weiblich  männlich

Sprache Korrespondenz  de  fr  it

Strasse, PLZ und Ort

  

Telefon

### Angaben Arbeitsunfähigkeit (AUF)

Eintritt Betrieb

Beginn AUF (genaues Datum)

Bestand Invalidität aus früherem Vorsorgeverhältnis?

ja  nein Wenn ja, IV-Grad?  %

Beginn Anspruch

Wurden Leistungen wegen AUF und/oder IV von einer Pensionskasse bezogen?

ja  nein Wenn ja, welche? (Kopien Dossier beilegen)

Beschäftigungsgrad (BG) vor AUF  %

Bei Teilzeit, Grund angeben

gesundheitliche Gründe

betriebliche Gründe

andere:

BG nach Eintritt der Teilarbeitsunfähigkeit  %

Jahres-Bruttolohn bei Beginn AUF CHF

### Anmeldung Drittversicherer:

Anmeldung erfolgt bei

Koll. Krankenversicherung

am

Kopien Taggeldabrechnungen beilegen

Unfallversicherung (UVG)

am

Kopien Taggeldabrechnungen beilegen

Eidg. Invalidenversicherung

am

Eidg. Militärversicherung

am

### Kontakt Koll. Krankenversicherung / Unfallversicherung: Kopie Anmeldung beilegen

Name Versicherung

Policen-Nummer

Strasse, PLZ und Ort

  

Grund der Arbeitsunfähigkeit (Art der Krankheit / Art der Verletzung bei Unfall)?

## Meldung Arbeitsunfähigkeit Blatt 2/2

durch Arbeitgeber auszufüllen

### Personalien der versicherten Person

Name / Vorname

Vertrag-Nummer

### Angaben Arbeitsverhältnis

Wenn das Arbeitsverhältnis aufgelöst wurde: durch wen?

Aus welchen Gründen?

Letzter effektiver Arbeitstag vor Arbeitsunfähigkeit

am

Wird die versicherte Person weiterhin bei Ihnen beschäftigt?

ja

nein

Ausbildung / erlernter Beruf der versicherten Person

Kurze Beschreibung der vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ausgeübten Tätigkeit

Art der Beschäftigung nach Eintritt des Gesundheitsschadens?

ab

### Angaben Case Manage- ment

Bestehen Umplazierungsmöglichkeiten in Ihrem Betrieb?

ja

nein

Wenn ja: Wurden solche betriebsintern bereits geprüft?

ja

nein

Sind Sie diesbezüglich an einer Hilfeleistung durch Fachleute interessiert?

ja

nein

Ist bereits ein Case Manager einer anderen Versicherung involviert?

ja

nein

Wenn ja: welche Versicherung und Name Case Manager?

### Bemerkungen

**Bitte zusätzliche Unterlagen beilegen:**

**Kopien allfälliger Taggeldabrechnungen, Anmeldung Kranken-/Unfallversicherung, IV-Dossier**

Das Formular ist umgehend **«Vertraulich»** zu senden an:

**Loyalis BVG-Sammelstiftung**

**Leistungsdienst**

**Postfach 527**

**7004 Chur**

Ort und Datum:

Stempel, Unterschrift Arbeitgeber: