Meldung Arbeitsunfähigkeit

Arbeitgeber

Firma: Vertrag-Nr.:

Strasse, Nr.: PLZ, Ort:

Kontaktperson: Telefon:

Versicherte Person

Vorname: Name:

Strasse, Nr.: PLZ, Ort:

Geburtsdatum: AHV-Nr.:

Geschlecht: ☐ w ☐ m Sprache Korrespondenz: ☐ de ☐ fr ☐ it

Arbeitsunfähigkeit (AUF)

Eintritt in Betrieb: Beginn AUF (genaues Datum):

Bestand Invalidität aus früherem Vorsorgeverhältnis? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, IV-Grad: % Beginn Anspruch (genaues Datum):

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

Wenn ja, welche (Kopien Dossier beilegen):

Beschäftigungsgrad (BG) vor AUF: % Jahres-Bruttolohn bei Beginn AUF in CHF:

Bei Teilzeit, Grund angeben: ☐ gesundheitlicher ☐ betrieblicher ☐ anderer:

BG nach Eintritt der Teilarbeitsunfähigkeit: %

Anmeldung Drittversicherer, erfolgt bei:

Koll. Krankenversicherung am Kopien Taggeldabrechnungen beilegen

Unfallversicherung am Kopien Taggeldabrechnungen beilegen

Eidg. Invalidenversicherung am

Eidg. Militärversicherung am

Kontakt Koll. Krankenversicherung / Unfallversicherung: Kopie Anmeldung beilegen

Name Versicherung: Policen-Nr.:

Strasse, Nr.: PLZ, Ort:

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

ÖKK323d/09.22

Wir sind gerne für Sie da.
ÖKK Berufliche Vorsorge, Comercialstrasse 23, 7000 Chur
Telefon 081 552 02 92, info@oekkbvg.ch

Die Versicherung mit gesundem Bündnerverstand.

ÖKK

Versicherte Person

Vorname: Name:

Vertrag-Nr.:

Arbeitsverhältnis

Wenn das Arbeitsverhältnis aufgelöst wurde:

Durch wen?

Per wann ?

Aus welchen Gründen?

Letzter effektiver Arbeitstag vor Arbeitsunfähigkeit:

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

Case Management

Bestehen Umplatzierungsmöglichkeiten 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, Name der Versicherung und des Case-Managers nennen:

Bemerkungen:

Bitte zusätzliche Unterlagen beilegen: Kopien allfälliger Taggeldabrechnungen, Anmeldung Kranken-/Unfallversicherung, IV-Dossier

Ort / Datum: Stempel und Unterschrift Arbeitgeber:

Dieses Formular ist umgehend mit dem Vermerk «Vertraulich» zu senden an unten stehende Adresse

Wir sind gerne für Sie da.
ÖKK Berufliche Vorsorge, Comercialstrasse 23, 7000 Chur
Telefon 081 552 02 92, info@oekkbvg.ch

Die Versicherung mit gesundem Bündnerverstand.

ÖKK

ÖKK323d/09.22