



Meldung Arbeitsunfähigkeit durch Arbeitgeber auszufüllen

Angaben über Arbeitgeber

Firma, Strasse, PLZ, Ort

Vertrags-Nr.

Kontaktperson

Tel.-Nummer

Personalien der versicherten Person

Name

Vorname

Soz.-Vers.-Nr.

Geburtsdatum

Strasse, PLZ und Ort

Tel.-Nummer

Geschlecht weiblich männlich Sprache Korrespondenz de fr it

Angaben Arbeitsunfähigkeit (AUF)

Eintritt Betrieb _____ Beginn AUF (genaues Datum) _____

Beschäftigungsgrad vor AUF in % _____

Bei Teilzeit Grund angeben

gesundheitliche Gründe

betriebliche Gründe

andere: _____

Beschäftigungsgrad nach Eintritt der Teil-AUF in % _____

Jahres-Bruttolohn bei Beginn AUF in CHF _____

Bestand eine Invalidität aus früherem Vorsorgeverhältnis? Ja Nein

Falls ja: Ab wann? _____ IV-Grad in %? _____

Falls ja: Welche Pensionskasse war leistungspflichtig? _____

Meldung / Anmeldung Drittversicherer:

Koll. Krankenversicherung* am _____

Unfallversicherung (UVG)* am _____

Eidg. Invalidenversicherung¹⁾ am _____

Eidg. Militärversicherung¹⁾ am _____

* Kopien Taggeldabrechnungen beilegen // ¹⁾ Kopien Anmeldung beilegen



Kontakt Koll. Krankenversicherung / Unfallversicherung

Name Versicherung, Strasse, PLZ, Ort

Policennummer

Art der Krankheit/Art der Verletzung bei Unfall? (Bitte nach Möglichkeit genaue Angaben machen.)

Angaben Arbeitsverhältnis

Wenn das Arbeitsverhältnis aufgelöst wurde: durch wen und per wann?

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 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, welche Versicherung und Name Case Manager?

Bemerkungen

Bitte zusätzliche Unterlagen beilegen: Kopien allfälliger Arztzeugnisse, Taggeldabrechnungen, Anmeldung Kranken-/Unfallversicherung. Das Formular ist umgehend „Vertraulich“ zu senden an: **Swissbroke Vorsorgestiftung, Leistungsdienst, Postfach 527, 7004 Chur**

Ort, Datum:

Stempel, Unterschrift Arbeitgeber: