

MELDUNG ARBEITSUNFÄHIGKEIT (Formular Arbeitgeber)

Seite 1 / 2: Auszufüllen durch Arbeitgeber der arbeitsunfähigen Person

BETRIEB

Firma _____
Kontaktperson _____
Tel.-Nummer _____
E-Mail _____

Postfach _____
Strasse, Nr. _____
PLZ, Ort _____

VERSICHERTE PERSON

Name, Vorname _____
E-Mail _____
Tel.-Nummer _____
Geburtsdatum _____ (tt/mm/jjjj)

AHV-Nr. _____
Strasse, Nr. _____
PLZ, Ort _____

Sprache Korrespondenz De Fr It
Kenntnisse Landessprache gut mittel begrenzt
Zivilstand verheiratet eingetragene Partnerschaft
 ledig geschieden verwitwet
 Konkubinat*

Geschlecht weiblich männlich

*Partner zu Lebzeiten an VE gemeldet Ja

Verheir. / eingetr. Partnerschaft
seit _____ (tt/mm/jjjj)

Nein

ANGABE ARBEITSUNFÄHIGKEIT (AUF)

Eintrittsdatum Betrieb _____ (tt/mm/jjjj)

Beginn AUF (genaues Datum!) _____ (tt/mm/jjjj)

Kopie Arztzeugnis beilegen (wenn vorhanden)

Beschäftigungsgrad vor AUF _____ %

Meldung /Anmeldung Drittversicherer:

Anmeldung ist erfolgt bei

Name Versicherung / Ort

Koll. Krankentaggeldversicherung* Datum: _____
 Unfallversicherung (UVG)* Datum: _____
 Eidg. Invalidenversicherung Datum: _____
 Eidg. Militärversicherung Datum: _____

*Kopien der Anmeldung und
allfälliger Taggeldabrechnungen beilegen

ANGABE ARBEITSVERHÄLTNIS

Wenn das Arbeitsverhältnis aufgelöst wurde:

Durch wen? _____
Per wann? Am _____ (tt/mm/jjjj)
Welche Gründe? _____

MELDUNG ARBEITSUNFÄHIGKEIT (Formular Arbeitgeber)

Seite 2 / 2: Auszufüllen durch Arbeitgeber der arbeitsunfähigen Person

ANGABEN CASE MANAGEMENT

Ist bereits ein Case Manager einer anderen Versicherung involviert? Ja Nein

Wenn ja, welche Versicherung und Name Case Manager?

Bestehen Umplatzierungsmöglichkeiten in Ihrem Betrieb? Ja Nein

Wenn ja: Wurden solche betriebsintern bereits geprüft? Ja Nein

Sind Sie diesbezüglich an einer Hilfeleistung durch die Fachleute
der PKRück interessiert? Ja Nein

WEITERLEITUNG UNTERLAGEN

Bitte leiten Sie die Unterlagen zur Vervollständigung wie folgt weiter:

Vorsorgeeinrichtung: Dieses Meldeformular inkl. verlangten Kopien Datum Weiterleitung: _____ (tt/mm/jjjj)

Versicherte Person: Formular „Meldung Arbeitsunfähigkeit“ der
versicherten Person Datum Weiterleitung: _____ (tt/mm/jjjj)

ANMERKUNGEN

Ort, Datum: _____ Stempel, Unterschrift: _____