Ausgleichskasse Familienausgleichskasse BVG-Stiftung Caisse de compensation Caisse d'allocations familiales Fondation LPP Cassa di compensazione Cassa d'assegni familiari Fondazione LPP



BVG-Arbeitsunfähigkeitsmeldung

Angaben zur versicherten Person				
(vom Arbeitgeber auszufüllen)				
Name			_	
Vorname			_	
Strasse, PLZ, Ort				
Geburtsdatum				
AHV-Nummer			_	
Zivilstand			_	
Arbeitgeber			<u> </u>	
Abrechnungs-Nr.			<u> </u>	
Vorsorgeplan			<u> </u>	
Arbeitsunfähigkeit				
Beginn, Grad und Dauer	% vom	bis	_	
_	% vom	bis	_	
_	% vom	bis	<u> </u>	
_	% vom	bis	<u> </u>	
_	% vom	bis	_	
	_	N 1 1 N		
		Schaden-Nr.		
□ Unfall Versicherer _	S	Schaden-Nr	_	
Ist ein Case Management gewünscht?	[?] □ ja □ nein			
Bitte legen Sie der Arbeitsunfähigkeits	meldung sämtliche ber	eits vorhandenen Arztz	eugnisse und	
Abrechnungen der Kranken- oder Unfa	alltaggeldversicherung	bei.		
Ort / Datum	Stempel u	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers		