

# Meldung Arbeitsunfähigkeit

Abrechnungs-Nr. (sofern bekannt) \_\_\_\_\_

## 1. Personalien

Name, Vorname \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse, PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Tel. Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

## 2. Angaben zur Arbeitsunfähigkeit

Die Arbeitsunfähigkeit wurde verursacht durch:

Krankheit

Unfall

Geburtsgebrechen

Wurde die Arbeitsunfähigkeit ganz oder teilweise durch einen Dritten herbeigeführt?

Ja

Nein

Nähere Angaben über die Arbeitsunfähigkeit:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 3. Daten der Arbeitsunfähigkeit

Beginn der Arbeitsunfähigkeit:

Grad

% von

bis

Grad

% von

bis

Grad

% von

bis

Grad

% von

bis

Grad

% von

bis

#### 4. Allgemeine Fragen

Ist die versicherte Person für Leistungen angemeldet oder erhält sie solche von der:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krankentaggeld-Versicherung? | <input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers? |
| <input type="checkbox"/> Unfallversicherung?          | <input type="checkbox"/> Militärversicherung?                            |

Wenn ja, Name(n) und Adresse(n) der Versicherung(en)

---

---

Wurde für die versicherte Person schon eine Anmeldung zum Bezug von Leistungen der IV eingereicht?

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, bei welcher IV-Stelle? |
|-------------------------------|---|

---

#### 5. Erforderliche Unterlagen

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kopien der Taggeldbelege | <input type="checkbox"/> UVG-Entscheide |
| <input type="checkbox"/> Arztzeugnisse            | <input type="checkbox"/> MVG-Entscheide |
| <input type="checkbox"/> IV-Entscheide            | <input type="checkbox"/>                |

---

#### 6. Bemerkungen

---

---

---

#### 7. Unterschrift

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person, die Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben. Im Weiteren ermächtigt sie alle in Betracht fallenden Personen und Stellen, der PAT BVG die für die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung erforderlichen Auskünfte zu geben.

Ort und Datum

Unterschrift

---

---

**Personalvorsorgestiftung  
der Ärzte und Tierärzte PAT-BVG**

**Leitung und Vorsorge**

PAT-BVG  
Frongartenstrasse 9  
9001 St.Gallen

Tel. +41 71 556 34 00  
Fax. +41 71 556 34 67  
info@pat-bvg.ch

**Ressort Immobilien**

PAT-BVG  
Kapellenstrasse 5  
3011 Bern

Tel. +41 31 330 22 62  
pat-bvg.ch  
immo@pat-bvg.ch