

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:

- Krankentaggeld-Versicherung?
- Unfallversicherung?
- Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers?
- 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?

- Nein
- Ja, bei welcher IV-Stelle?

5. Erforderliche Unterlagen

- Kopien der Taggeldbelege
- Arztzeugnisse
- IV-Entscheide
- UVG-Entscheide
- MVG-Entscheide
-

6. Bemerkungen

7. Unterschrift

Mit der Unterschrift bestätigt die unterzeichnende 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
www.pat-bvg.ch
info@pat-bvg.ch

Ressort Immobilien

PAT-BVG
Kapellenstrasse 5
3011 Bern

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