

Meldung Arbeitsunfähigkeit

Abrechnungs-Nr.

Personalien

Name, Vorname	AHV-Nr.	Geburtsdatum
.....
Strasse, PLZ, Wohnort		
.....		

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:

Daten der Arbeitsunfähigkeit

Beginn der Arbeitsunfähigkeit:

Grad	..... %	vom	.....	bis	.....
Grad	..... %	vom	.....	bis	.....
Grad	..... %	vom	.....	bis	.....
Grad	..... %	vom	.....	bis	.....
Grad	..... %	vom	.....	bis	.....

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?

Erforderliche Unterlagen

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

Bemerkungen

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

.....

.....