



Vorsorgestiftung für Gesundheit und Soziales

Menschen und ihre Zukunft im Zentrum.

MELDUNG ARBEITSUNFÄHIGKEIT

(DURCH ARBEITGEBER AUSZUFÜLLEN)

ANGABEN ZUM ARBEITGEBER

FIRMA _____ KONTAKTPERSON _____
STRASSE _____ PLZ / ORT _____
TEL. NR. _____ E-MAIL _____

PERSONALIEN DER VERSICHERTEN PERSON (VP)

NAME _____ VORNAME _____
GEBURTSDATUM _____ AHV / SVN _____

ANGABEN ZUR ARBEITSUNFÄHIGKEIT (AUF)

GRUND DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT (ART DER KRANKHEIT BZW. DER VERLETZUNG BEI UNFALL) _____
BEGINN AUF _____ LETZTER EFFEKTIVER ARBEITSTAG VOR AUF _____
BEI TEILZEIT, GRUND ANGEBEN ☐ GESUNDHEITLICH ☐ BETRIEBLICH ☐ ANDERE _____
BESCHÄFTIGUNGSGRAD (BG) VOR AUF _____ BG NACH EINTRITT EINER TEIL-AUF _____

ANGABEN ZUM ARBEITSVERHÄLTNIS

EINTRITT BETRIEB _____ AUSGEÜBTE TÄTIGKEIT VOR AUF _____
AUSBILDUNG / ERLERNTER BERUF VP _____
ARBEITSVERHÄLTNIS AUFGELOST ☐ JA ☐ NEIN FALLS JA, DURCH ☐ ARBEITGEBER ☐ ARBEITNEHMER
PER WANN _____ GRUND _____
BESTEHEN UMPLATZIERUNGSMÖGLICHKEITEN IN IHREM BETRIEB? ☐ JA ☐ NEIN
FALLS JA, WURDEN SOLCHE BETRIEBSINTERN BEREITS GEPRÜFT? ☐ JA ☐ NEIN
SIND SIE DIESBEZÜGLICH AN EINER HILFELEISTUNG DURCH FACHLEUTE INTERESSIERT? ☐ JA ☐ NEIN
IST BEREITS EIN CASE MANAGER EINER ANDEREN VERSICHERUNG INVOLVIERT? ☐ JA ☐ NEIN
FALLS JA, BITTE VERSICHERUNG UND NAME DES CASE MANAGERS ANGEBEN _____

ANMELDUNG DRITTVERSICHERER

KOLLEKTIVE KRANKENVERSICHERUNG (KTG) AM _____ UNFALLVERSICHERUNG (UVG) AM _____
FRÜHERFASSUNG IV AM _____ INVALIDENVERSICHERUNG AM _____

KONTAKTDATEN KTG/UVG

NAME VERSICHERUNG _____ POLICENNUMMER _____
STRASSE _____ PLZ/ORT _____

BEMERKUNGEN

DIE FRAGEN SIND VOLLSTÄNDIG UND WAHRHEITSGETREU ZU BEANTWORTEN. VERSPÄTETE, UNWAHRE ODER UNVOLLSTÄNDIGE MELDUNGEN KÖNNEN ZU EINER REDUKTION ODER VERWEIGERUNG VON LEISTUNGEN FÜHREN.

ORT, DATUM: _____ **UNTERSCHRIFT** _____

BITTE FOLGENDE DOKUMENTE BEILEGEN

☐ TAGGELDABRECHNUNG

DAS FORMULAR IST UMGEHEND "VERTRAULICH" ZU SENDEN AN

Beratungsgesellschaft für die zweite Säule AG
RV Pool, Dornacherstrasse 230, Postfach, CH-4002 Basel