



=> Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular sowie die nötigen Unterlagen an:

Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Berufliche Vorsorge (BVG)
Postfach
8050 Zürich

www.aeis.ch
Postfinance
BIC/SWIFT: POFICHBEXXX
IBAN: CH16 0900 0000 2549 6891 7

Tel. +41 41 799 75 75
Fax +41 44 468 23 96
Bürozeiten Mo. - Fr.
08:00 bis 11:30/13:30 bis 16:30

Arbeitgeber: _____

Anschluss-Nr.: _____

Versicherte Person: _____

Versicherte Person: _____

Anschluss-Nr.: _____

Tel. versicherte Person: _____
(für allfällige Rückfragen)

Arbeitsunfähigkeitsmeldung

(Dieses Formular bitte gut leserlich in Blockschrift oder mit Schreibmaschine ausfüllen und unterzeichnen)

Angaben zur Arbeitsunfähigkeit

Beginn: _____ Arbeitsunfähigkeitsgrad per Beginn: _____ %

Ursache: Krankheit Unfall oder Berufskrankheit

Änderungen des von: _____ bis: _____ %

Arbeitsunfähigkeitsgrads: von: _____ bis: _____ %

Bitte Kopien von Arbeitsunfähigkeitszeugnissen beilegen!

Wurde die Arbeitsunfähigkeit der Eidg. IV zur Früherfassung gemeldet? ja nein

Anmeldung am: _____

Meldung durch: _____

Name der IV-Stelle: _____

Wurde die Arbeitsunfähigkeit anderen Versicherungseinrichtungen gemeldet? ja nein

der Eidgenössischen IV Anmeldung am: _____ Leistungen sind anerkannt: zu _____ % seit _____

der Eidgenössischen MV _____ zu _____ % seit _____

der Unfallversicherung (UVG) _____ zu _____ % seit _____

einem ausländischen Sozialversicherer _____ zu _____ % seit _____

der Kollektiv-krankentaggeldversicherung _____ zu _____ % seit _____

Name der Versicherung: _____ Vertrag-Nr.: _____

Bitte Kopien der jeweiligen Verfügungen und Taggeldabrechnungen seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit beilegen!



Wurde das Arbeitsverhältnis aufgelöst?

ja

nein

Wenn ja: Austritt per (= Ende Arbeitsverhältnis) _____

Der Arbeitgeber bestätigt, dass bei der Auflösung des Arbeitsverhältnisses sowohl die arbeitsvertraglichen Bestimmungen als auch die zwingenden Bestimmungen des Arbeitsrechts (z.B. Art. 336c OR) eingehalten wurden.

Vollmacht

Die versicherte Person ermächtigt alle Privatpersonen, Firmen, Amtsstellen, Ärzte, Anwälte, Privatversicherer, Haftpflichtversicherer, Sozialversicherungsorgane und Sozialhilfebehörden, die für die Abwicklung des Leistungsfalls relevante Angaben machen können, zur Erteilung von Auskünften.

Ort Datum Unterschrift der versicherten Person

Ort Datum Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers