



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

Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Berufliche Vorsorge (BVG)
Elias-Canetti-Strasse 2
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 - 12:00/
13:30 - 16:30

Arbeitgeber: _____
Versicherte Person: _____

Anschluss-Nr.: _____
Vers.-Nr.: _____

Arbeitsunfähigkeitsmeldung

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

Angaben zur Arbeitsunfähigkeit

Beginn: _____ Arbeitsunfähigkeitsgrad per Beginn: _____ %

Ursache: Krankheit Unfall oder Berufskrankheit

Änderungen des von: _____ bis: _____ %
Arbeitsunfähigkeitsgrads:

von: _____ bis: _____ %

von: _____ bis: _____ %

Behandelnde Ärzte bzw. Spitäler: (Bitte Name und Adresse, bei Spitälern zusätzlich Arzt oder Abteilung angeben)

Bitte Kopien der Arztzeugnisse und -berichte 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

	Anmeldung am:	Leistungen sind anerkannt:		
der Eidgenössischen IV	_____	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