

# ST. HEINRICH-STIFTUNG

PENSIONS-KASSE

## Meldung Arbeitsunfähigkeit (durch Arbeitgeber auszufüllen)

### Angaben zum Arbeitgeber

Firma \_\_\_\_\_ Vertragsnummer CH-00272.15.15.804-01  
Strasse \_\_\_\_\_ Kontaktperson \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

### Personalien der versicherten Person

Name \_\_\_\_\_ Geschlecht  Männlich  Weiblich  
Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Soz.Vers.Nr. \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Angaben zur Arbeitsunfähigkeit (AUF)

Eintritt Betrieb \_\_\_\_\_ Beginn AUF (genaues Datum) \_\_\_\_\_  
AUF-Grad \_\_\_\_\_

Bestand eine Invalidität aus einem früherem Vorsorgeverhältnis?  Ja  Nein

Falls Ja, IV-Grad \_\_\_\_\_ Beginn Anspruch \_\_\_\_\_

Wurden Leistungen wegen AUF und/oder IV von einer PK bezogen?  Ja  Nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_  
*Kopien Unterlagen beilegen*  
Beschäftigungsgrad (BG) vor AUF \_\_\_\_\_

Bei Teilzeit, Grund angeben  gesundheitliche Gründe  betriebliche Gründe  
 andere: \_\_\_\_\_

BG nach Eintritt der Teilarbeitsunfähigkeit \_\_\_\_\_

Jahres-Bruttolohn bei Beginn AUF \_\_\_\_\_

### Anmeldung Drittversicherer

Anmeldung erfolgt bei

Kollektiver Krankenversicherung am \_\_\_\_\_ Eidg. Invalidenversicherung am \_\_\_\_\_  
*Kopien Taggeldabrechnungen beilegen* *Kopie Anmeldung beilegen*

Unfallversicherung (UVG) am \_\_\_\_\_ Eidg. Militärversicherung am \_\_\_\_\_  
*Kopien Taggeldabrechnungen beilegen* *Kopie Anmeldung beilegen*

Früherfassung IV erfolgt am \_\_\_\_\_

Meldung Arbeitsunfähigkeit (durch Arbeitgeber auszufüllen)

Versicherte Person: Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

# ST. HEINRICH-STIFTUNG

PENSIONS-KASSE

## Kontakt kollektive Krankenversicherung / Unfallversicherung

Name der Versicherung \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ Policennummer \_\_\_\_\_

Grund der Arbeitsunfähigkeit (Art der Krankheit / Art der Verletzung bei Unfall)

## Angaben zum Arbeitsverhältnis

Falls das Arbeitsverhältnis aufgelöst wurde: Durch wen? \_\_\_\_\_

Aus welchen Gründen? \_\_\_\_\_

Letzter effektiver Arbeitstag vor Arbeitsunfähigkeit am \_\_\_\_\_

Wird die versicherte Person weiterhin bei Ihnen beschäftigt?  Ja  Nein

Ausbildung / erlernter Beruf der versicherten Person \_\_\_\_\_

Kurze Beschreibung der vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ausgeübten Tätigkeit

Art der Beschäftigung nach Eintritt des Gesundheitsschadens

\_\_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_

## Angaben Case Management

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 involvierte Versicherung und Name des Case Managers angeben

## Bemerkungen

Das Formular ist umgehend "Vertraulich" zu senden an:

**St. Heinrich-Stiftung  
Isabelle Stähli,  
Dornacherstrasse 230, Postfach, 4018 Basel**

Bitte folgende Dokumente beilegen:

- Kopien allfälliger Taggeldabrechnungen
- IV- Dossier
- IV- Früherfassung

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift Arbeitgeber

Meldung Arbeitsunfähigkeit (durch Arbeitgeber auszufüllen)

Versicherte Person: Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_