



Arbeitsunfähigkeitsmeldung (Formular Arbeitgeber)

Firma _____ Vertrags-Nr. _____
Ansprechperson _____ Direktwahl _____

Angaben über die versicherte Person

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Sozialvers.-Nr. 756. _____
Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____
Tel.-Nr. _____

Angaben zum Arbeitsverhältnis

Beschäftigungsgrad im Betrieb vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit _____ %
AHV-Jahreslohn der versicherten Person bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit CHF _____
Wird die versicherte Person durch mehrere Arbeitgeber beschäftigt? ja nein
Wenn ja, durch welche? _____
Wurde oder wird das Arbeitsverhältnis aufgelöst? ja nein
Wenn ja, durch wen? _____
Per wann? _____
Welche Gründe? _____

Angaben zur Arbeitsunfähigkeit (AUF)

AUF infolge Krankheit Unfall inkl. Berufskrankheiten nach UVG
Beginn der AUF _____ Kopien der Arztzeugnisse beilegen (wenn vorhanden)
Handelt es sich um einen Rückfall? ja, erstmalige Erkrankung von _____ bis _____
 nein

Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit **bei einem Beschäftigungsgrad von 100%.**

Grad der AUF _____ % von _____ bis _____
Grad der AUF _____ % von _____ bis _____
Grad der AUF _____ % von _____ bis _____
Grad der AUF _____ % von _____ bis _____

Mitbeteiligte Versicherungseinrichtungen

Meldung an die eidgenössische Invalidenversicherung erfolgt? (Betrifft Früherfassung) ja, am _____ nein

Anmeldung für den Leistungsbezug:

Koll. Krankentaggeldversicherung am _____ Unfallversicherung (UVG) am _____
 Eidg. Invalidenversicherung am _____ Eidg. Militärversicherung am _____

Kontakt Koll. Krankentaggeldversicherung / Unfallversicherung:

Name der Versicherung _____ Postfach _____
Policennummer _____ Strasse/Nr. _____
PLZ/Ort _____

Wir bitten Sie uns Kopien bereits vorhandener sowie künftiger Taggeldabrechnungen und/oder Verfügungen weiterzuleiten.

Bemerkungen

Hinweise

Ist eine versicherte Person in einem Zeitraum von 90 Tagen länger als 60 Tage zu mindestens 40% arbeitsunfähig, muss sie gemeldet werden.

Zeitgleich mit der Meldung an die Swisscanto 1e Sammelstiftung fordern Sie bitte die versicherte Person auf, sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zur Früherfassung zu melden. Diese zielt darauf ab, ohne Verzug mit der versicherten Person, deren Arbeitsfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt ist und bei der die Gefahr einer chronischen gesundheitlichen Beschwerde besteht, in Kontakt zu treten. Arbeitgeber der versicherten Person sind meldeberechtigt. Die Meldung kann auch ohne das Einverständnis der versicherten Person erfolgen, sofern diese vorgängig darüber informiert wurde. Das Meldeformular (001.100 – Meldeformular für Erwachsene: Früherfassung) finden Sie auf der Website www.ahv-iv.ch. Die Meldung zur Früherfassung gilt nicht als Anmeldung für Leistungen der IV.

Wir bitten Sie, die nachfolgenden Seiten (Formular versicherte Person) Ihrer Mitarbeiterin oder Ihrem Mitarbeiter mit dem Hinweis zukommen zu lassen, dass dieses direkt an die Swisscanto 1e Sammelstiftung einzureichen ist.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Firma

Bitte senden Sie dieses vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular samt Beilagen (Arztzeugnisse, Kranken- oder Unfalltaggeldabrechnungen) per Post an folgende Adresse:

Swisscanto 1e Sammelstiftung
Postfach
8021 Zürich

Arbeitsunfähigkeitsmeldung (Formular versicherte Person)

Arbeitgeber _____ Vertrags-Nr. _____

Angaben über die versicherte Person

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Sozialvers.-Nr. 756. _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Tel.-Nr. _____ Erlerner Beruf _____

Ausgeübte Tätigkeit _____

Bei Teilzeitangestellten: Beruht das Teilzeitpensum auf gesundheitlichen Gründen? ja nein

Wenn ja, welchen? _____

Kinder

Haben Sie minderjährige oder in Ausbildung stehende volljährige Kinder?

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Sozialvers.-Nr. 756. _____

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Sozialvers.-Nr. 756. _____

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Sozialvers.-Nr. 756. _____

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Sozialvers.-Nr. 756. _____

Bitte bei volljährigen Kinder Ausbildungsbestätigungen beilegen.

Angaben zur Arbeitsunfähigkeit (AUF)

Beginn der AUF _____

Diagnose _____

Behandelnde Ärzte

Namen und Adressen _____

(inkl. Abteilungen von _____

Krankenhäusern) _____

Bitte Kopien bereits vorhandener Arztberichte, Arztzeugnisse, Unfallscheine und Kranken- oder Unfalltaggeldabrechnungen beilegen.

