



Mitteilung Erwerbsunfähigkeit (vom Arbeitgeber auszufüllen)

Formular bitte 6 bis 9 Monate nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit der BPK einreichen.

Angaben zur versicherten Person

Versicherten-Nr. _____ SVN _____
Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Telefon _____

BPK
CPB

Angaben Arbeitgeber

Name des Arbeitgebers _____
Zuständige Person bei Rückfragen _____
Telefon _____

Angaben zur Erwerbsunfähigkeit

Krankheit seit _____ Beschäftigungsgrad vor Krankheit / Unfall _____ %
 Unfall vom _____ Aktueller Beschäftigungsgrad _____ %

Name und Adresse der Kranken- oder Unfallversicherung _____

Policen-Nr. _____ Telefon _____

Voraussichtliches Ende der Lohnersatzleistungen _____ per Datum _____

Anmeldung bei der Eidg. Invalidenversicherung erfolgt Nein Ja _____ per Datum _____

Auflösung des Arbeitsverhältnisses Nein Ja _____ per Datum _____

Ort, Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers _____

Vollmacht der versicherten Person

Ich bevollmächtige die BPK, beim zuständigen Kranken-/Unfallversicherer Auskünfte über die Dauer und die Höhe der Taggeldzahlungen einzuholen.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Unterlagen, die beizulegen sind

- Arztzeugnisse
- bei Unfall: Unfallmeldung
- Abrechnung Kranken- resp. Unfalltaggeld