

Meldung Arbeitsunfähigkeit



Bitte sechs Monate nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit ausfüllen und der Pensionskasse Schaffhausen einreichen.

ANGABEN ZUM ARBEITGEBER

Name des Arbeitgebers:	Kontaktperson:
Arbeitgeber Nr.:	Telefon Nr.:

ANGABEN ZUM ARBEITNEHMER

Name & Vorname des Mitglieds:	
Privatadresse:	
Versicherten Nr.:	Geburtsdatum:
Private Telefon Nr.:	Email Adresse:
Anzahl Kinder unter 18:	Anzahl Kinder unter 25 und in Ausbildung:
Beginn der Arbeitsunfähigkeit:	
Ist eine Anmeldung bei der IV erfolgt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum:

EREIGNIS

<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall
------------------------------------	---------------------------------

ANGABEN ZUR TAGGELDVERSICHERUNG (bitte bei Krankheit und Unfall ausfüllen)

Name des Versicherers:	
Vertrags Nr.:	evt. Schaden Nr.:
Kontaktperson mit Telefon Nr.:	

ZUR SEITE 2

ANGABEN ZUR LOHNFORTZAHLUNG

Voraussichtliches Ende der Lohnfortzahlung:

BEHANDELNDER ARZT

Name & Adresse

BEMERKUNGEN

Ort und Datum

Unterschrift Arbeitgeber

BITTE KOPIE DER NACHSTEHEND AUFGEFÜHRTEN UNTERLAGEN BEILEGEN: (sofern vorhanden)

- von der versicherten Person unterzeichnete Vollmacht
- Arztzeugnisse
- Kopie Anmeldung IV (Fragebogen für Arbeitgebende)
- Taggeldabrechnungen
- IV Verfügung
- UVG Verfügung

DRUCKEN

RESET

SENDEN