



PANVICA

Ihr Dienstleistungsunternehmen für Sozial- und Personenversicherungen  
Votre fournisseur de services d'assurances sociales et de personnes  
La vostra impresa di servizi per le assicurazioni sociali e di persone

Talstrasse 7 • Postfach / case postale / casella postale 514 • 3053 Münchenbuchsee  
Tel. +41 31 388 14 88 • Fax +41 31 388 14 89 • info@panvica.ch • www.panvica.ch

Vorsorgewerk der proparis Vorsorge-Stiftung Gewerbe Schweiz, Bern

V 55

## Meldung Erwerbsunfähigkeit

### 1. Personalien der versicherten Person

Name / Vorname

AHV-Nummer

Strasse, Hausnummer

PLZ / Ort

### 2. Beginn der Erwerbsunfähigkeit:

Tag / Monat / Jahr

### 3. Ursache der Erwerbsunfähigkeit

Unfall

Krankheit

### 4. Arbeitsverhältnis des Versicherten

War die versicherte Person vor Beginn der Erwerbsunfähigkeit teilzeitbeschäftigt?

JA

NEIN

Wenn JA, zu wieviel %?

Seit welchem Zeitpunkt?

### 5. Krankentaggeldversicherung

Besteht eine Kollektivkrankentaggeldversicherung?

JA

NEIN

Beträgt die Höhe der Taggeldleistungen mindestens 80% des entgangenen Verdienstes?

JA

NEIN

Beträgt der Arbeitgeberbeitrag mindestens 50% des Arbeitnehmerbeitrages?

JA

NEIN

Taggeld zahlbar während  Tagen

Haben Sie die drei Fragen mit JA beantwortet, bitte folgende Angaben machen:

Name / Ort des Krankentaggeldversicherers

Policennummer der Krankentaggeldversicherung

**Eine allfällige Umteilung des Leistungsbezügers von der kollektiven Krankentaggeldversicherung in eine Einzeltaggeldversicherung ist der Vorsorgeeinrichtung unverzüglich zu melden.**

Fortsetzung auf der Rückseite!

## Meldung Erwerbsunfähigkeit - Fortsetzung von Seite 1

---

### 5.1 Andere Versicherungen\* (\*Entscheide bitte beilegen)

Stehen dem Versicherten ebenfalls Ansprüche zu, gegenüber

- |                       |                             |                               |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| - Eidg. IV?           | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| - Unfallversicherung? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| - Eidg. MV?           | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| - Andere?*            | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |

\*Wenn JA, welche?

Ist die Invalidität durch einen Dritten herbeigeführt worden?

JA  NEIN

---

### 6. Vollmacht und Unterschrift

Ich ermächtige und beauftrage die in Ziffer 5 genannte Institution, der oben genannten Pensionskasse die für die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung erforderlichen Auskünfte zu geben.

Ort / Datum

Unterschrift

### Diesem Formular sind beizulegen

- Ärztliches Zeugnis
  - Alle Unterlagen der IV oder der SUVA
  - Die bereits vorhandenen Krankentaggeldabrechnungen
-