

# STIFTUNG ABENDROT

Die nachhaltige Pensionskasse

Tel. 061 269 90 20

Fax 061 269 90 29



VERTRAULICH  
Stiftung Abendrot  
Güterstrasse 133  
Postfach  
4002 Basel

## FRAGEBOGEN BEI ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Senden Sie uns diesen Fragebogen zu, wenn bekannt ist, dass die Ganz- oder Teil-Arbeitsunfähigkeit länger als drei Monate dauert, und legen Sie bitte Kopien der Taggeldabrechnungen ab Beginn sowie allfällige vorhandene Verfügungen bei.

Nach Ablauf einer Wartefrist von 3 Monaten tritt die Prämienbefreiung in Kraft.

### ARBEITGEBER / ARBEITGEBERIN

Vertragsnummer

Name

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

### VERSICHERTE PERSON

Vers.-Nr.

Name

Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

Geschlecht

männlich

weiblich

Telefon

P

G

Zivilstand

ledig

verheiratet

seit Datum

eingetragene  
Partnerschaft

seit Datum

geschieden

seit Datum

verwitwet

seit Datum

**Bitte Rückseite ebenfalls ausfüllen.**

## ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Ursache

Krankheit

Verkehrsunfall

Sonstiger Unfall

Daten der Arbeitsunfähigkeit (wenn vorhanden bitte die Taggeldabrechnung des Kranken- oder Unfallversicherers beilegen)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Grad in % \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Grad in % \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Grad in % \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Grad in % \_\_\_\_\_

### Wurde die Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit an Dritte gemeldet?

Nein

Ja, an folgende Versicherer

**Krankenversicherung** am \_\_\_\_\_ Policen-/Referenz-Nr. \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

**Unfallversicherung** am \_\_\_\_\_ Policen-/Schaden-Nr. \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

**Eidgenössische Invalidenversicherung** am \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

**Militärversicherung** am \_\_\_\_\_ Policen-/Schaden-Nr. \_\_\_\_\_

### Behandelnde Ärzte

1.

2.

3.

Name \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Falls die versicherte Person sich in einem Spital,  
einer Klinik oder einem Sanatorium in Behandlung  
befindet, bitte Name und Abteilung angeben.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### BEMERKUNGEN

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber/Arbeitgeberin

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_