

Mitteilung Erwerbsunfähigkeit

Der/die Arbeitgeber/in hat das Formular 6 bis 9 Monate nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit der BPK einzureichen. Eine **Abrechnung des Kranken- bzw. Unfalltaggelds** ist dem Formular beizulegen.

Versicherte Person

Name Vorname
SVN Geburtsdatum
Telefon

Arbeitgeber/in

Betriebsname
Betriebsnummer Telefon

Erwerbsunfähigkeit

Krankheit seit Beschäftigungsgrad (vor Krankheit/Unfall) %
Arztzeugnisse beilegen

Unfall vom Aktueller Beschäftigungsgrad %
Unfallmeldung beilegen

Name und Adresse der Kranken- oder Unfallversicherung

Policen-Nr. Telefon

Voraussichtliches Ende der Lohnersatzleistungen per Datum

Erfolgte die Anmeldung bei der eidg. IV Ja Nein per Datum

Auflösung des Arbeitsverhältnisses Ja Nein per Datum

Bemerkungen

Datum Ausgefüllt von

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an: mutationen@bpk.ch



Bernische Pensionskasse (BPK)
Schläflistrasse 17
Postfach
3000 Bern 22

Vollmacht der versicherten Person

Hiermit bevollmächtige ich

Name _____ Vorname _____

SVN _____ Geburtsdatum _____

Telefon _____

die Bernische Pensionskasse (BPK), sämtliche Auskünfte und Akten bei den Sozialversicherungen (IV, UV, BVG-Vorsorgeeinrichtungen, Militärversicherung, Taggeldversicherungen etc.) betreffend Abklärung und Leistungsprüfung einzuholen.

Kontaktadresse Rechtsvertreter, Beistand, Sozialdienst, etc.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person
