



Mitteilung Arbeitsunfähigkeit

Der/die Arbeitgeber/in muss das Formular 3 bis 6 Monate nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit der BPK einreichen. Eine **Abrechnung des Kranken- bzw. Unfalltaggelds** ist dem Formular beizulegen.

Versicherte Person

Name _____ Vorname _____

SVN _____ Geburtsdatum _____

Telefon _____

Arbeitgeber/in

Betriebsname _____

Adresse _____

E-Mail _____ Telefon _____

Arbeitsunfähigkeit

Krankheit seit _____ Beschäftigungsgrad (gemäss Arbeitsvertrag) _____ %
Aktuelle Taggeldabrechnung beilegen

Unfall vom _____ Beschäftigungsgrad (aktuell) _____ %
Unfallmeldung beilegen

Kranken- oder Unfallversicherung

Name und Ansprechperson _____

Policen Nr. _____ Telefon / E-Mail _____

Voraussichtliches Ende der Lohnersatzleistungen _____ per Datum _____

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

Auflösung des Arbeitsverhältnisses Ja Nein _____ per Datum _____

Datum _____ Ausgefüllt von _____

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

0000000-000000000000000-0000000A0201F





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
