



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



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
