

## Meldung einer Beitragsbefreiung gemäss Art. 44 Vorsorgereglement

### Kurzangaben versicherte Person und Arbeitgeber

---

#### Versicherte Person

Name und Vorname:

PK-Nr.:

Sozialversicherungs-Nr.:

Geburtsdatum:

Adresse:

#### Arbeitgeber

Name:

Arbeitgeber-Nr.:

**Arbeitsverhältnis**

öffentlich-rechtlich

privatrechtlich

### Arbeitsunfähigkeiten

---

**Grund der (teilweisen) Arbeitsunfähigkeit:**

Krankheit

Schwangerschaft

Unfall (zwingend Kopie Anmeldung Unfallversicherung beilegen)

Geburtsgebrechen

**Pensum vor der (teilweisen) Arbeitsunfähigkeit**

vom	bis	%
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Aufstellung der Arbeitsunfähigkeiten der letzten 1 1/2 Jahre**

vom	bis	%
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Lohn und Lohnfortzahlung**

---

**Beginn der Beitragsbefreiung**

Lohnfortzahlung zu 100 % erfüllt bis: \_\_\_\_\_

**Meldung des bisherigen und des neuen anrechenbaren Lohnes sowie des Pensums**

Datum	Pensum in % bzw. Lektionen	Anrechenbarer Lohn CHF (vgl. Art. 3 Abs. 2 Vorsorgeplan)
bis _____	_____	_____
ab _____	_____	_____
ab _____	_____	_____
ab _____	_____	_____
ab _____	_____	_____

**Wichtig: Die APK muss über alle weiteren Veränderungen der Arbeitsfähigkeit laufend informiert werden.**

**Leistungen der Kollektiv-Taggeldversicherung**

Bezieht die antragstellende Person Leistungen einer Kollektiv-Taggeldversicherung?  nein  ja, ab \_\_\_\_\_

Wenn ja, bitte Kopien der Abrechnungen beilegen.

Name und Adresse der Taggeldversicherung:

Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

## Kurzbericht über die aktuelle Arbeitsunfähigkeit / Bemerkungen

---

---

---

---

---

---

---

### Hinweis: Anmeldung bei der IV durch den Arbeitgeber

---

Gemäss Art. 47 des Vorsorgereglementes meldet der Arbeitgeber eine voll oder teilweise arbeitsunfähige Person auf den frühest möglichen Zeitpunkt, spätestens aber nach drei Monaten bei der zuständigen IV-Stelle oder dem mit ihr zusammen arbeitenden Versicherer zur Früherfassung an.

Die Meldepflicht entfällt, wenn:

- a) die voll oder teilweise arbeitsunfähige Person die Meldung zur Früherfassung oder die Anmeldung bei der Invalidenversicherung (Art. 29 ATSG) bereits vorgenommen hat; oder
- b) die aus ärztlicher Sicht zu erwartende Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich weniger als drei Monate dauert.

Ort und Datum:

---

Name des Arbeitgebers:

---

Name der zuständigen Person:

---

Telefon-Nr.:

---

#### Beilagen:

- Kopie Anmeldung Unfallversicherung
- Kopien allfälliger Taggeldabrechnungen
- \_\_\_\_\_