

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
- _____