

**Versicherte Person**

|            |                      |                         |
|------------|----------------------|-------------------------|
| Name       |                      | Versicherungsnummer     |
| Vorname    |                      | Geburtsdatum            |
| Adresse    |                      |                         |
| PLZ / Ort  |                      | Sozialversicherungs-Nr. |
| Zivilstand | <input type="text"/> | Heiratsdatum            |

**Arbeitgeber/Unternehmung**

|               |         |
|---------------|---------|
| Arbeitgeber   | Telefon |
| Kontaktperson | E-Mail  |
| Adresse       |         |
| PLZ / Ort     |         |

**Arbeitsunfähigkeit / Invalidität**

|                                    |                          |
|------------------------------------|--------------------------|
| Eintritt in die Arbeitsunfähigkeit | Letzter besoldeter Tag   |
| Beschäftigungsgrad bisher %        | Beschäftigungsgrad neu % |
| Jahreslohn bisher CHF              | Jahreslohn neu CHF       |

**Krankentaggeldversicherung der Unternehmung bis**

|  |           |             |
|--|-----------|-------------|
| <b>Ist die Arbeitsunfähigkeit die Folge eines Unfalls?</b> | <b>Ja</b> | <b>Nein</b> |
|--|-----------|-------------|

**Zahlungsverbindung**

|                |      |
|----------------|------|
| Finanzinstitut | IBAN |
|----------------|------|

**Hat die versicherte Person schulpflichtige Kinder oder Kinder in Ausbildung (bis 25. Altersjahr)?**

|   |      |
|---|------|
| Ja (bitte Ausbildungsbestätigung beilegen!) | Nein |
|---|------|

**Anspruchsberechtigte Kinder**

| Name  | Vorname | Geburtsdatum |
|-------|---------|--------------|
| <hr/> | <hr/>   | <hr/>        |
| <hr/> | <hr/>   | <hr/>        |
| <hr/> | <hr/>   | <hr/>        |

# Meldeformular Invalidität

## Personalzeitung - Datenbekanntgabe durch die PK Post

Zustimmung zur Datenbekanntgabe (Adresse, Geburts-/Todesfalldatum) durch die PK Post an Dritte.

- |  |    |      |
|--|----|------|
| - Einwilligung zur Adressbekanntgabe an die Post zwecks Zustellung der Personalzeitung                                     | Ja | Nein |
| - Einwilligung zur Bekanntgabe runder Geburtstage und Todesfalldatum an die Post zwecks Publikation in der Personalzeitung | Ja | Nein |
| - Einwilligung zur Adressbekanntgabe an die privaten Pensioniertenvereine zwecks Pflege von deren Adressdatenbanken        | Ja | Nein |

Bemerkungen:

Ort, Datum

**X**

Unterschrift versicherte Person

## Mutmasslicher entgangener Lohn und weiterhin erzielt Einkommen

Name

Geburtsdatum

Vorname

Sozialversicherungs-Nr. 756.

|   | Mutmasslich entgangener Jahreslohn | weiterhin erzieltes Erwerbseink. |
|---|------------------------------------|----------------------------------|
| Mutmasslich entgangener Jahreslohn                                    | 1)                                 |                                  |
| Effektiver Jahreslohn   | 2)                                 |                                  |
| Total Jahreslohn inkl. Garantien, nach Beschäftigungsgrad             | 3)                                 |                                  |
| Variabler Lohn (Boni und Erfolgsbeteil., indiv. Lohnmassnahmen, usw.) | 3)                                 |                                  |
| Familienzulagen   | 4)                                 |                                  |
| Anteil Treueprämie  | 5)                                 |                                  |
| AHV-pflichtige Zulagen im letzten Jahr vor Beginn Arbeitsunfähigkeit  | 6)                                 |                                  |

**Total CHF**

- 1) Angaben der höchsten Werte zwischen Beginn Arbeitsunfähigkeit und Rentenbeginn
- 2) Total Jahreslohn inkl. Garantien, nach Beschäftigungsgrad
- 3) Diese Lohnbestandteile werden ab erster Auszahlung immer versichert
- 4) Jahrestotal vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit
- 5) nach erfolgtem erstmaligen Bezug der Treueprämie wird die nächste zu erwartende Treueprämie bei Beendigung/Änderung des Anstellungsverhältnisses angerechnet. Der nächste zu erwartende Betrag ist durch 5 zu teilen und dem Beschäftigungsgrad anzupassen.
- 6) Total AHV-pflichtige Zulagen im letzten Jahr mit normaler, uneingeschränkter Erwerbstätigkeit vor Beginn des Leistungsanspruches, allenfalls auf 12 Monate aufgerechnet.

Ort, Datum

**X**

Unterschrift Arbeitgeber

Pensionskasse Post  
Viktoriastrasse 72  
Postfach  
CH-3000 Bern 22

Tel. 058 338 56 66  
Fax 058 667 63 77  
E-Mail pkpost@pkpost.ch  
Web www.pkpost.ch

Montag - Donnerstag 08:30 - 11:30 Uhr  
Freitag 08:30 - 11:30 Uhr  
13:30 - 16:30 Uhr 13:30 - 15:30 Uhr