



ptv cpat

Pensionskasse der  
Technischen Verbände  
SIA STV BSA FSAI USIC

Caisse de Prévoyance  
des Associations Techniques  
SIA UTS FAS FSAI USIC

Postfach 1023 | 3000 Bern 14

## MELDUNG EINES LEISTUNGSFALLS

### Firma

Name Firma-Nr.

---

Adresse

---

Zuständige Person Telefon-Nr. E-Mail

---

### Versicherte Person

Name und Vorname Mitglied-Nr.

---

Adresse

---

Geburtsdatum Zivilstand

---

Ehepartner (Name und Geburtsdatum, Datum der Eheschliessung)

---

Kinder (Namen und Geburtsdaten)

---



---

### Versichertes Ereignis

Unfall  Krankheit

Erwerbsunfähigkeit seit Grad der Erwerbsunfähigkeit in %

---

Todesfall  Tod durch Unfall

Todesdatum

---

Bei unverheirateten Personen Kontaktadresse für Abklärungen im Zusammenhang mit dem Todesfall:

---



---

### Zusatzfragen bei Erwerbsunfähigkeit

Voraussichtliche Dauer der Erwerbsunfähigkeit

---

Bei Unfall: Zuständige Unfallversicherung (Name, Adresse und Schadennummer)

---

Bei Krankheit: Ist die versicherte Person für ein Krankentaggeld versichert?  Ja  Nein

Zuständige Krankentaggeldversicherung (Name, Adresse und Policennummer)

---

Ist die Anmeldung bei der zuständigen IV-Stelle der Eidg. Invalidenversicherung erfolgt?  Ja  Nein

Name und Adresse der IV-Stelle

---

### Bemerkungen

### Ort und Datum

### Stempel und Unterschrift der Firma

#### Beilagen Unfall

- Kopie Unfallmeldung
- Kopien sämtlicher Taggeldabrechnungen der Unfallversicherung oder
- Kopien Arztzeugnisse ab Beginn Erwerbsunfähigkeit bis heute

#### Beilagen Krankheit

- Kopien sämtlicher Taggeldabrechnungen der Krankenversicherung oder
- Kopien Arztzeugnisse ab Beginn der Erwerbsunfähigkeit bis heute

#### Beilagen Todesfall

- Kopie Todesschein
- Kopie Unfallmeldung