

Pensionskasse AR  
Kasernenstrasse 6  
9102 Herisau

## Krankheits-/Unfallmeldung (6 Monate nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit)

### Personalien

Personal-Nr.

Name, Vorname

Geburtsdatum

### Krankheits-/Unfallangaben

Beginn Erwerbsunfähigkeit

Erwerbsunfähigkeit in %

*(bitte Arztzeugnisse beilegen)*

Beginn/Ende Lohnfortzahlung

Beginn/Ende Krankentaggeld

Beginn/Ende Unfalltaggeld

### Unterschrift

Ort, Datum

Anschrift Arbeitgeber

Stempel, Unterschrift