

Telefon 031 321 66 99
personalvorsorgekasse@bern.ch
www.pvkbern.ch
IBAN CH30 0900 0000 3077 7711 4

Personalvorsorgekasse der Stadt Bern
Laupenstrasse 10
Postfach
3001 Bern

Meldung Erwerbsunfähigkeit (Invalidität)

durch die versicherte Person auszufüllen

Personalien

Name _____ Vorname _____
Adresse _____ PLZ / Ort _____
Geburtsdatum _____ Zivilstand _____
Stellenbezeichnung _____

HINWEIS Dieses Formular ist durch die versicherte Person auszufüllen und umgehend nach Ausschöpfung der Lohnfortzahlung an die PVK einzureichen.

1. Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähig seit _____

2. Rentenbezug aus anderen Versicherungen

Es besteht Anspruch / es bestehen Ansprüche zu diesem Leistungsfall auch bei folgenden Versicherungen

IV Militärversicherung Unfallversicherung

3. Steuereinlagekasse

weiterführen wie bisher monatlicher Abzug CHF _____ (mindestens 20 Franken)

4. Zahlungsadresse

Die künftigen Renten sollen bis auf Widerruf auf das nachgenannte Konto überwiesen werden.

Bank Postfinance
Bankname mit Adresse _____
Konto-Nr. / Postcheck-Konto / IBAN-Nr. _____

Ort / Datum

Unterschrift des/der Versicherten