

Telefon 031 321 66 99  
personalvorsorgekasse@bern.ch  
www.pvkbern.ch

Personalvorsorgekasse der Stadt Bern  
Laupenstrasse 10  
Postfach  
3001 Bern

**Meldung Beendigung der Lohnfortzahlung (LFZ)**

Frist: Meldung 90 Tage vor Ende Lohnfortzahlung

Meldeformular für Mitarbeitende der Stadt Bern

**Personalien**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Pers.-Nr. / AHV-Nr. (neue) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Direktion oder Arbeitgeber/in \_\_\_\_\_  
Stellenbezeichnung \_\_\_\_\_  
Beschäftigungsgrad (BG) \_\_\_\_\_ % Neuer BG (nach BG-Reduktion infolge Arbeitsunfähigkeit) \_\_\_\_\_ %  
Arbeitsunfähigkeit seit \_\_\_\_\_ Voraussichtliches Ende LFZ \_\_\_\_\_

**Bisherige Massnahmen**

Anmeldung IV erfolgte am \_\_\_\_\_ Nein  
Abklärungen durch BMD oder CM \_\_\_\_\_ Ja Nein  
Wiedereingliederung / Arbeitsversuch abgeschlossen noch offen

**Bemerkungen**

Datum \_\_\_\_\_  
Sachbearbeiter/in \_\_\_\_\_ Telefon für Rückfragen \_\_\_\_\_

**Erweiterte Lohnfortzahlung in der Höhe der zu erwartenden Rente (Art. 44 Abs. 1 PRB)**

IV-Rente PVK \_\_\_\_\_  
IV-Ersatzrente PVK \_\_\_\_\_  
**TOTAL** \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift PVK: