

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

➔ Bitte pro Anstellung (Stamm) jeweils ein separates Formular zustellen

Personalien

Name _____ Vorname _____
Pers.-Nr. / AHV-Nr. (neue) _____ / 756. _____ Geburtsdatum _____
Direktion oder Arbeitgeber/in _____
Stellenbezeichnung _____
Beschäftigungsgrad (BG) _____ % Neuer BG nach 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: _____