

Meldung einer Arbeitsunfähigkeit Formular Arbeitgeber

Seiten 1 und 2: Auszufüllen durch Arbeitgeber der arbeitsunfähigen Person

Anschluss	
Arbeitgeber	Anschluss-Nr.
	Telefon
Strasse	PLZ/Ort

Versicherte Person	
Name	Vorname
Geburtsdatum	AHV-Nr.
Strasse	PLZ/Ort
Telefon	E-Mail
Geschlecht <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich	Sprache Korrespondenz <input type="checkbox"/> de <input type="checkbox"/> fr <input type="checkbox"/> it
Berufliche Tätigkeit	
Zivilstand:	
<input type="checkbox"/> Ledig	<input type="checkbox"/> Geschieden Scheidungsdatum
<input type="checkbox"/> Verheiratet Heiratsdatum	<input type="checkbox"/> Verwitwet
<input type="checkbox"/> Eingetragene Partnerschaft Datum Eintragung	

Angaben Arbeitsunfähigkeit (AUF)	
Eintrittsdatum Arbeitgeber	Datum Beginn AUF ¹
Beschäftigungsgrad (BG) vor AUF in %	
Bei Teilzeit, Grund angeben:	
<input type="checkbox"/> gesundheitliche Gründe	<input type="checkbox"/> betriebliche Gründe
<input type="checkbox"/> anderer:	
BG nach Eintritt der Teilarbeitsunfähigkeit in %	AHV-pflichtiger Jahreslohn bei Beginn AUF in CHF

Meldung/Anmeldung Drittversicherer	
Ist eine Meldung an die Eidg. Invalidenversicherung erfolgt? (Früherfassung) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, Datum Anmeldung	durch wen? ²
Anmeldung ist erfolgt bei:	
<input type="checkbox"/> Koll. Krankentaggeldversicherung ³	Datum Anmeldung
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung (UVG) ³	Datum Anmeldung
<input type="checkbox"/> Eidg. Invalidenversicherung	Datum Anmeldung
<input type="checkbox"/> Eidg. Militärversicherung	Datum Anmeldung

¹ Genaues Datum! Kopie Arztzeugnis beilegen (wenn vorhanden)

² Kopie Meldung beilegen

³ Kopien der Anmeldungen und allfälliger Taggeldabrechnungen beilegen

Kontakt Koll. Krankenversicherung / Unfallversicherung

Name Versicherung	Postfach
Policennummer	Strasse
PLZ/Ort	

Angaben Arbeitsverhältnis

Wenn das Arbeitsverhältnis aufgelöst wurde:

durch wen?	per wann? Datum
welche Gründe?	
Letzter effektiver Arbeitstag vor AUF, Datum	
Wird die versicherte Person weiterhin bei Ihnen beschäftigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ausbildung / erlernter Beruf der versicherten Person	
Kurze Beschreibung der vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ausgeübten Tätigkeit	
Art der Beschäftigung nach Eintritt des Gesundheitsschadens	
ab Datum	

Angaben Case Management

Ist bereits ein Case Manager einer anderen Versicherung involviert? Ja Nein

Wenn ja, welche Versicherung und Name Case Manager?

Bestehen Umplatzierungsmöglichkeiten in Ihrem Betrieb? Ja Nein

Wenn ja: Wurden solche betriebsintern bereits geprüft? Ja Nein

Sind Sie diesbezüglich an einer Hilfeleistung durch die Fachleute der PKRück interessiert? Ja Nein

Weiterleitung Unterlagen

Bitte leiten Sie die Unterlagen zur Vervollständigung wie folgt weiter:

Previs Vorsorge:

Dieses Meldeformular (Seiten 1–2) inkl. verlangten Kopien

Versicherte Person:

Schreiben «Information an die versicherte Person»

«Allgemeine Vollmacht» und Arztfragebogen

Datum Weiterleitung

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift

Information an die versicherte Person

Guten Tag

Die Previs ist bei der PKRück Lebensversicherungsgesellschaft für die Risikoleistungen (Invalidität/Tod) rückversichert. Wir haben die PKRück mit der Abklärung und Betreuung der Leistungsfälle beauftragt. Ihr Arbeitgeber hat uns mitgeteilt, dass Sie (teilweise) arbeitsunfähig sind.

Damit wir die Notwendigkeit eines Case Managements sowie den Anspruch auf Beitragsbefreiung abklären und allfällige spätere Leistungen für Sie berechnen können, benötigen wir von Ihnen folgende Unterlagen:

- ärztliche Befundberichte. Bitte leiten Sie das beiliegende Formular an Ihren behandelnden Arzt weiter.
- Vollmacht. Bitte senden Sie diese ausgefüllt und unterzeichnet an:
PKRück AG, Leistungen, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich

Wenn Sie Fragen zum Case Management haben, stehen Ihnen die Kundenbetreuerinnen und -betreuer der PKRück unter Telefon 044 360 50 70 gerne zur Verfügung. Sollten Sie Fragen zur Prämienbefreiung haben, wenden Sie sich bitte an die Kundenbetreuerin oder den Kundenbetreuer der Previs unter Telefon 031 960 11 11.

Wir danken für Ihre Mitarbeit und grüssen Sie freundlich.

Previs Vorsorge

PKRück
Lebensversicherung
für die betriebliche Vorsorge AG

Allgemeine Vollmacht

Vorsorgeeinrichtung

Previs Vorsorge, Wabern bei Bern

Vollmachtgeber

Vorname

Name

Geburtsdatum

AHV-Nr.

Strasse

PLZ/Ort

Vollmachnehmerinnen

Previs Vorsorge, Wabern bei Bern bzw. deren Rückversicherung,
die PKRück Lebensversicherungsgesellschaft für betriebliche Vorsorge AG, Vaduz

Der Vollmachtgeber bevollmächtigt die Vollmachnehmerinnen bezüglich

Abklärung von Leistungsansprüchen im Rahmen der Sozialversicherungen und insbesondere der beruflichen Vorsorge
betreffend

Auskunft und Akteneinsicht

zum Erteilen und Einholen von schriftlichen und mündlichen Auskünften (inklusive Herausgabe von Akten zur Einsichtnahme an die nachgenannten Versicherer und Stellen), zur Einsichtnahme in seine Akten bei den zuständigen Versicherungen und Stellen (Eidgenössische Invalidenversicherung, Unfallversicherung, Krankentaggeldversicherung, Arbeitslosenversicherung, ArbeitgeberIn, Rückversicherer der PKRück) und zur Herausgabe von Akten Dritter (Eidgenössische Invalidenversicherung, Unfallversicherer etc.) an die Rückversicherer der PKRück.

Arztgeheimnis

zum Einholen von Auskünften und Arztberichten seiner behandelnden Ärztinnen und Ärzten und der vertrauensärztlichen Dienste von Privat- und Sozialversicherern mit Entbindung derselben vom Arztgeheimnis.

Diese Vollmacht erlischt nicht mit dem Tod des Vollmachtgebers.

Ort/Datum

Unterschrift versicherte Person (Vollmachtgeber)

Datenschutz

Die Vollmachnehmerinnen verpflichten sich, die ihr anvertrauten Daten ausschliesslich für die in der Vollmacht erwähnten Aufgaben zu verwenden und jederzeit alle Datenschutzbestimmungen der Schweiz einzuhalten.
Sie geben diese Daten nur an Vertragspartner weiter, welche sich zur Einhaltung derselben Restriktionen verpflichten.

Ausgefüllte und unterzeichnete Vollmacht senden an:
PKRück AG, Leistungen, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich

Wichtig: Bitte Formular und Rechnung einsenden an:
PKRück AG, Leistungen, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich

Ärztfragebogen

Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen.

Allgemeine Angaben

Name Vorsorgeeinrichtung: Previs Vorsorge, Wabern bei Bern

Vorname/Name versicherte Person

Geburtsdatum versicherte Person

Adresse versicherte Person

Arbeitgeber

Auszug aus der Krankengeschichte seit Datum

Ursache der Arbeitsunfähigkeit

Diagnose

Wann traten die ersten Symptome diesbezüglich auf?

Bei Unfall

Unfalldatum

Art des Unfalls

Wurde der Unfall durch eine Drittperson verursacht? Ja Nein

Ambulante Behandlung

durch Sie vom _____ bis _____

vor Ihnen durch Dr. _____ in _____ seit _____

nach Ihnen durch Dr. _____ in _____ seit _____

Seit wann kennen Sie den Patienten/die Patientin? _____ Datum _____

Ist die versicherte Person regelmässig bei Ihnen in Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, weswegen?

Stationäre Behandlung

Wo?

Eintrittstag _____ Entlassungstag _____

Anamnese und Verlauf des Falles

Art und Dauer der Behandlung

Medikation (einschliesslich Dosis) _____ keine

Evtl. frühere Krankheiten und Unfälle

Grad und Dauer Arbeitsunfähigkeit

Grad und Dauer der Unfähigkeit, den bisherigen Beruf auszuüben seit dem Auftreten der ersten Symptome (unabhängig von der Arbeitsmarkt- und Wirtschaftslage bei einem Beschäftigungsgrad von 100%):

vom	bis	Grad in %
vom	bis	Grad in %
vom	bis	Grad in %
vom	bis	Grad in %

Andere zumutbare Arbeit

Kommt eine andere zumutbare Arbeit in Frage? Ja Nein Wird eine neue Tätigkeit ausgeübt? Ja Nein

Wenn ja, welche?	seit
Unfähigkeitsgrad in der neuen Tätigkeit in %	vom bis

IV / UV / EMV

Ist eine Meldung bei der IV erfolgt (Früherfassung)? Ja Nein

Wenn nein, wieso nicht?

Ist eine Anmeldung erfolgt? Ja Nein

Wenn ja, bei wem? <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> UV <input type="checkbox"/> EMV	Datum der Meldung/Anmeldung
--	-----------------------------

Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit

Kann mit Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden? Ja Nein

Wenn ja, ab	zu (in %)
-------------	-----------

Sind berufliche Massnahmen oder ein Case Management sinnvoll? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Form? (z.B. Umschulung, Coaching, Berufsberatung)

Sonderfragen, Bemerkungen

Ort / Datum	Stempel / Unterschrift
-------------	------------------------

Definition Arbeitsunfähigkeit: Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Artikel 6 ATSG).

Arzthonorar: Kurzbericht CHF 45.–
 Bericht mit weiteren Angaben CHF 65.–

Arztzeugnis und Einzahlungsschein senden an: PKRück AG, Leistungen, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich