

Meldung einer Arbeitsunfähigkeit (Formular Arbeitgeber)

Seiten 1 und 2: Auszufüllen durch den Arbeitgeber der arbeitsunfähigen Person

Arbeitgeber	
Firma	Arbeitgeber-Nr.
	Telefon
Strasse/Nr.	PLZ/Ort

Versicherte Person	
Name	Vorname
Geburtsdatum	AHV-Nr.
Strasse/Nr.	PLZ/Ort
Telefon	E-Mail
Geschlecht <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich	Sprache <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Italienisch
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	<input type="checkbox"/> Konkubinat

Angaben Arbeitsunfähigkeit (AUF)	
Eintrittsdatum Arbeitgeber	TT/MM/JJ Beginn AUF
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? (Kopie Meldung beilegen)
Anmeldung ist erfolgt bei: (Bitte Kopien der Anmeldungen/Abrechnungen beilegen)	
<input type="checkbox"/> Koll. Krankentaggeldversicherung	Datum Anmeldung
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung (UVG)	Datum Anmeldung
<input type="checkbox"/> Eidg. Invalidenversicherung	Datum Anmeldung
<input type="checkbox"/> Eidg. Militärversicherung	Datum Anmeldung

Kontakt Koll. Krankenversicherung/Unfallversicherung

Name Versicherung	Postfach
Policennummer	Strasse/Nr.
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? Ja 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:

<input type="checkbox"/> Dieses Meldeformular (Seiten 1–2) inkl. verlangten Kopien
--

Versicherte Person:

<input type="checkbox"/> Schreiben «Information an die versicherte Person»	Datum Weiterleitung
<input type="checkbox"/> Meldung Arbeitsunfähigkeit (Formular versicherte Person)	

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

Information an die versicherte Person

Guten Tag

Ihr Arbeitgeber teilte der Previs mit, dass Sie (teilweise) arbeitsunfähig sind. Diese Meldepflicht ist im Vorsorgereglement der Previs geregelt.

Die Previs hat die Risiken Invalidität sowie auch Tod mittels Rückversicherungsvertrag mit der PKRück abgesichert. Dieser Vertrag beinhaltet ebenfalls Abklärung und Betreuung von Leistungsfällen.

Damit der Anspruch auf Beitragsbefreiung abgeklärt und allfällige spätere Leistungen berechnet werden können, benötigt die PKRück dieses Dokument inkl. Vollmacht ausgefüllt und unterzeichnet:

- **Meldung Arbeitsunfähigkeit (Formular versicherte Person)**
PKRück AG, Leistungen, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich

Wenn Sie Fragen haben, stehen Ihnen die Kundenbetreuer der PKRück (Telefon 044 360 50 70) gerne zur Verfügung.

Wir danken Ihnen und grüssen Sie freundlich

PKRück
Lebensversicherungsgesellschaft
für die betriebliche Vorsorge AG

Meldung Arbeitsunfähigkeit (Formular versicherte Person)

Arbeitgeber	
Firma	Arbeitgeber-Nr.
	Telefon
Strasse/Nr.	PLZ/Ort

Versicherte Person	
Name	Vorname
Geburtsdatum	AHV-Nr.
Strasse/Nr.	PLZ/Ort
Telefon	E-Mail
Geschlecht <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich	Sprache <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Italienisch
Ausbildung/erlernter Beruf	
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	<input type="checkbox"/> Konkubinat
Kurze Beschreibung der vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ausgeübten Tätigkeit	

Weitere Angaben	
Behandelnder Arzt	
Adresse	
Ist bereits ein Case Manager einer anderen Versicherung involviert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, welche Versicherung und Name Case Manager?	
Bei Teilzeitbeschäftigung: Ist die Teilzeitbeschäftigung auf gesundheitliche Gründe zurückzuführen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Vollmacht und Einwilligung

Datenweitergabe und Vollmacht zur Einholung von Gesundheitsdaten zum Zwecke der Versicherungsabwicklung und allfälligen Kontrolle der gemeldeten Arbeitsunfähigkeits- und Leistungsfälle, sowie falls vereinbart zur Leistungsfallbearbeitung.

Die Vorsorgeeinrichtung hat die Risiken Invalidität und Tod mit der PKRück AG (www.pkrueck.com) rückgedeckt. Zur Versicherungsabwicklung und allfälligen Kontrolle der von der Vorsorgeeinrichtung an die PKRück gemeldeten Arbeitsunfähigkeits- und Leistungsfälle, benötigt die PKRück alle Rechte, um Ihre Gesundheitsdaten zu prüfen und auch weitere gesundheitsbezogene Informationen von Dritten einzuholen. Die Vorsorgeeinrichtung hat allenfalls auch die Leistungsfälle der PKRück zur Bearbeitung übertragen. Die Vorsorgeeinrichtung, respektive die PKRück bearbeitet Ihre gesundheitsbezogenen Angaben zur Beurteilung, ob, ab wann und in welchem Umfang Ihnen eine Leistung aus der beruflichen Vorsorge zusteht. Die Vorsorgeeinrichtung, respektive PKRück benötigt dazu alle Rechte, um Ihre Gesundheitsdaten zu prüfen und auch weitere gesundheitsbezogene Informationen von Dritten einzuholen.

Datenweitergabe an Rückversicherer der PKRück zum Zwecke der Versicherungsabwicklung und allfälligen Kontrolle der gemeldeten Leistungsfälle.

Die PKRück bedient sich in einigen Fällen weiterer Rückversicherungen. Damit auch diese Rückversicherungen den Leistungsfall abwickeln und allenfalls kontrollieren können, wird die PKRück diesen Ihre Gesundheitsdaten vorlegen. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet.

Auskunft und Akteneinsicht; Vollmacht zur Einholung von Gesundheitsdaten und Einwilligung zur Weitergabe von Daten

- Ich ermächtige hiermit die Vorsorgeeinrichtung, respektive PKRück zum Zwecke der Leistungsfallbearbeitung von den zuständigen Versicherungen (sämtliche Sozialversicherungen und private Versicherungen) und Behördenstellen (insbesondere Sozialdienste, RAV, Ausgleichskassen) und beim Arbeitgeber etc. mündlich und schriftlich Auskunft einzuholen, sowie auch Akten zur Einsichtnahme einzufordern.
- Ich ermächtige die Ärzte, Psychologen, Physio- und Psychotherapeuten und weiteres medizinisch geschultes Personal, zum Zwecke der Leistungsfallbearbeitung der Vorsorgeeinrichtung, respektive der PKRück alle Auskünfte und Unterlagen über meinen Gesundheitszustand und allfällige Behandlungen zu erteilen. Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der oben genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Vorsorgeeinrichtung respektive gegenüber der PKRück. Ich bin zudem damit einverstanden, dass die Vorsorgeeinrichtung, respektive die PKRück meine Gesundheitsdaten für die genannten Zwecke an diese Stellen weitergibt und entbinde die Mitarbeitenden dieser Institutionen ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht.
- Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten zum Zwecke der Versicherungsabwicklung und der Kontrolle der gemeldeten Leistungsfälle an die PKRück und eventuell weiteren Rückversicherungen übermittelt und dort zu den in diesem Dokument genannten Zwecken verwendet werden. Diese Einwilligung umfasst ausdrücklich auch das Recht der PKRück, meine Gesundheitsdaten für dieselben Zwecke wiederum an weitere Rückversicherer weiterzuleiten. Ich nehme ausdrücklich zur Kenntnis und stimme zu, dass meine Daten, einschliesslich Gesundheitsdaten, von diesen Rückversicherern wiederum für dieselben Zwecke an ihrerseits weitere Rückversicherer übermittelt werden können.

Die erteilten Einwilligungen können jederzeit durch schriftliche Mitteilung an die Vorsorgeeinrichtung und die PKRück widerrufen werden. Der unterzeichnenden Person ist bewusst, dass eine Verweigerung der erforderlichen Einwilligung oder ein Widerruf einer erteilten Einwilligung eine Abklärung, eine Versicherungsabwicklung und somit eine Gewährung von Leistungen der beruflichen Vorsorge möglicherweise verunmöglicht.

Mit der Unterschrift bestätige ich die Angaben korrekt vorgenommen zu haben und gebe mein Einverständnis zu obenaufgeführten Punkten.

Ort / Datum

Unterschrift

Formular senden an: PKRück AG, Leistungen, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich