

# Meldung einer Arbeitsunfähigkeit Formular Arbeitgeber

Seiten 1 und 2: Auszufüllen durch den 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 <sup>1</sup>
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? <sup>2</sup>
Anmeldung ist erfolgt bei:	
<input type="checkbox"/> Koll. Krankentaggeldversicherung <sup>3</sup>	Datum Anmeldung
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung (UVG) <sup>3</sup>	Datum Anmeldung
<input type="checkbox"/> Eidg. Invalidenversicherung	Datum Anmeldung
<input type="checkbox"/> Eidg. Militärversicherung	Datum Anmeldung

<sup>1</sup> Genaues Datum! Kopie Arztzeugnis beilegen (wenn vorhanden)

<sup>2</sup> Kopie Meldung beilegen

<sup>3</sup> 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?  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:

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

Versicherte Person:

Schreiben «Information an die versicherte Person»

«Allgemeine Vollmacht»

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:

- 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 031 963 03 00.

Wir danken für Ihre Mitarbeit und grüssen Sie freundlich.

Previs Vorsorge

PKRück  
Lebensversicherung  
für die betriebliche Vorsorge AG

## Allgemeine Vollmacht

Versicherte Person	
Arbeitgeber	Arbeitsort
Name	Vorname
Geburtsdatum	AHV-Nr.
Strasse/Nr.	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
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

### Allgemeine Vollmacht

Der Vollmachtgeber bevollmächtigt die Vollmachtnehmerin **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 Ärzten und der vertrauensärztlichen Dienste von Privat- und Sozialversicherern mit Entbindung derselben vom Arztgeheimnis.

Diese Vollmacht erlischt nicht mit dem Tod des Vollmachtgebers.

### Datenschutz

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

Ort/Datum	Unterschrift versicherte Person (Vollmachtgeber)
-----------	--

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