

Meldung Arbeitsunfähigkeit (Formular Arbeitgeber)

Seiten 1 und 2: Auszufüllen durch Arbeitgeber der arbeitsunfähigen Person

Betrieb

Firma _____ Postfach _____
 Kontaktperson _____ Strasse, Nr. _____
 Tel.-Nummer _____ PLZ, Ort _____
 E-Mail _____

Versicherte Person

Name, Vorname _____ AHV-Nr. _____
 E-Mail _____ Strasse, Nr. _____
 Tel.-Nummer _____ PLZ, Ort _____
 Geburtsdatum _____ (tt/mm/jjjj) Geschlecht weiblich männlich
 Sprache Korrespondenz de fr it
 Zivilstand verheiratet eingetragene Partnerschaft Verheiratet / eingetr. Partnerschaft seit _____ (tt/mm/jjjj)
 ledig geschieden verwitwet
 Konkubinät* *Partner an Vorsorgeeinrichtung gemeldet ja nein

Kontaktangaben allfällige/r Vertreter/in:

Name, Vorname _____
 Tel.-Nummer _____

Vollmacht Vertreter beilegen

Strasse, Nr. _____
 PLZ, Ort _____

Ehegatten/Partner

Name, Vorname _____

Kopie Familienbüchlein beilegen

Geburtsdatum _____ (tt/mm/jjjj) Geschlecht w m

Kinder

Name, Vorname _____
 Name, Vorname _____
 Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ (tt/mm/jjjj) Geschlecht w m
 Geburtsdatum _____ (tt/mm/jjjj) Geschlecht w m
 Geburtsdatum _____ (tt/mm/jjjj) Geschlecht w m

Angaben Arbeitsunfähigkeit (AUF)

Eintrittsdatum Betrieb _____ (tt/mm/jjjj) Beginn AUF (genaues Datum!) _____ (tt/mm/jjjj)
Kopie Arztzeugnis beilegen (wenn vorhanden)
 Beschäftigungsgrad vor AUF _____% Bei Teilzeit, Grund angeben gesundheitliche Gründe
 betriebliche Gründe
 anderer: _____
 BG nach Eintritt der Teilarbeitsunfähigkeit _____% AHV-pflichtiger Jahreslohn bei Beginn AUF CHF _____

Meldung/Anmeldung Drittversicherer:

Ist eine Meldung an die Eidg. Invalidenversicherung erfolgt? (Früherfassung) Ja, am _____ (tt/mm/jjjj) Nein
 Wenn ja, durch wen? _____
Kopie Meldung beilegen
 Anmeldung ist erfolgt bei Koll. Krankentaggeldversicherung* Datum Anmeldung: _____ (tt/mm/jjjj)
 Unfallversicherung (UVG)* Datum Anmeldung: _____ (tt/mm/jjjj)
 Eidg. Invalidenversicherung Datum Anmeldung: _____ (tt/mm/jjjj)
 Eidg. Militärversicherung Datum Anmeldung: _____ (tt/mm/jjjj)

* Kopien der Anmeldungen und allfälliger Taggeldabrechnungen beilegen

Kontakt Koll. Krankenversicherung / Unfallversicherung:

Name Versicherung _____ Postfach _____
Policennummer _____ Strasse, Nr. _____
PLZ, Ort _____

Angaben Arbeitsverhältnis

Wenn das Arbeitsverhältnis aufgelöst wurde: durch wen? _____
per wann? am _____ (tt/mm/jjjj)
welche Gründe? _____
Letzter effektiver Arbeitstag vor AUF am _____ (tt/mm/jjjj)
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 _____ (tt/mm/jjjj)

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:

Zuger Pensionskasse: Dieses Meldeformular (Seiten 1–2) inkl. verlangten Kopien Datum Weiterleitung: _____ (tt/mm/jjjj)
Adresse: Zuger Pensionskasse, Bahnhofstrasse 16, Postfach 338, CH 6301 Zug
Versicherte Person: Schreiben „Information an die versicherte Person“, Datum Weiterleitung: _____ (tt/mm/jjjj)
„Allgemeine Vollmacht“ und Ärztefragebogen

Anmerkungen

Ort, Datum _____ Stempel, Unterschrift _____

Meldung Arbeitsunfähigkeit (Formular Vorsorgeeinrichtung)

Seite 3: Auszufüllen durch Vorsorgeeinrichtung

Vorsorgeeinrichtung (VE)

| | | | |
|---------------|-------|--------------|-------|
| Name VE | _____ | Postfach | _____ |
| Kontaktperson | _____ | Strasse, Nr. | _____ |
| Tel.-Nummer | _____ | PLZ, Ort | _____ |
| E-Mail | _____ | | |

Angaben Vorsorgeverhältnis

| | | | |
|--|--------------------|-----------------------|--------------------|
| Vorname, Name versicherte Person | _____ | | |
| Anschlussdatum Betrieb an VE | _____ (tt/mm/jjjj) | Anschlussnummer | _____ |
| Eintrittsdatum der versicherten Person in die VE | _____ (tt/mm/jjjj) | Ev. Austrittsdatum VE | _____ (tt/mm/jjjj) |

Kopie Meldung beilegen

Falls die Gesundheitsprüfung **NICHT** durch PKRück erfolgt ist:

| | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|---|
| Wurde eine Gesundheitsprüfung beim Eintritt durchgeführt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja: Kopie Gesundheitsfragebogen beilegen |
| Bestand ein Vorbehalt bei Eintritt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, welcher? _____ Kopie Vorbehalt beilegen |
| Bestand eine Invalidität aus früherem Vorsorgeverhältnis? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, IV-Grad? _____ % Beginn Anspruch _____ (tt/mm/jjjj) |
| Wurden Leistungen wegen AUF und/oder IV von Ihrer VE bezogen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, welche? _____ Dossier beilegen |

Anmerkungen

Achtung: Im Leistungsfall dürfen keine Auszahlungen (WEF-Vorbezug, Verpfändung, Scheidung, FZL usw.) vorgenommen werden. Bitte setzen Sie in Ihrem System einen entsprechenden Auszahlungsstopp!

Ort, Datum _____ Stempel, Unterschrift _____

Bitte zusätzlich folgende Unterlagen beilegen: **Vorsorgeausweis, Vorsorgeplan**

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

Information an die versicherte Person

Guten Tag

Wir sind der Rückversicherer der Zuger Pensionskasse. Diese hat uns mit der Abklärung und Betreuung der Leistungsfälle beauftragt. Ihr Arbeitgeber hat uns mitgeteilt, dass Sie (teilweise) arbeitsunfähig sind.

Damit wir den Anspruch abklären und allfällige spätere Leistungen für Sie berechnen können, benötigen wir folgende Unterlagen:

- Arztfragebogen; 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 haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung unter der Telefonnummer 044 360 50 70.

Wir danken Ihnen und grüssen Sie freundlich.

PKRück
Lebensversicherungsgesellschaft
für die betriebliche Vorsorge AG

Allgemeine Vollmacht

Name Vorsorgeeinrichtung: Zuger Pensionskasse

Vollmachtgeber

Vorname Name _____

AHV-Nr. _____

Strasse _____

PLZ, Ort _____

Vollmachtnehmerin

PKRück

Lebensversicherungsgesellschaft für
die betriebliche Vorsorge AG

Vaduz

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, Arbeitgeber, 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 Ärzte 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 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.

Ausgefüllte und unterzeichnete Vollmacht senden an:

PKRück AG, Leistungen, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich

Ärztfragebogen

Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen

Allgemeine Angaben

Name Vorsorgeeinrichtung _____ Zuger Pensionskasse
Vorname/Name versicherte Person _____
Adresse versicherte Person _____
Arbeitgeber _____
Auszug aus der Krankengeschichte seit _____ (tt/mm/jjjj)

Ursache der Arbeitsunfähigkeit

Diagnose _____

Wann traten die ersten Symptome diesbezüglich auf? _____

Bei Unfall:

Unfalldatum _____ (tt/mm/jjjj) Art des Unfalls _____
Wurde der Unfall durch eine Drittperson verursacht? ja nein

Ambulante Behandlung

durch Sie vom _____ (tt/mm/jjjj) bis _____ (tt/mm/jjjj)
vor Ihnen durch Dr. _____ in _____ seit _____ (tt/mm/jjjj)
nach Ihnen durch Dr. _____ in _____ seit _____ (tt/mm/jjjj)
Seit wann kennen Sie den Patienten/die Patientin? _____ (tt/mm/jjjj)
Ist die versicherte Person regelmässig bei Ihnen in Behandlung? ja nein
Wenn ja, weswegen? _____

Stationäre Behandlung

Wo? _____
Eintrittstag _____ (tt/mm/jjjj) Entlassungstag _____ (tt/mm/jjjj)

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 _____ (tt/mm/jjjj) bis _____ (tt/mm/jjjj)
_____ % vom _____ (tt/mm/jjjj) bis _____ (tt/mm/jjjj)
_____ % vom _____ (tt/mm/jjjj) bis _____ (tt/mm/jjjj)
_____ % vom _____ (tt/mm/jjjj) bis _____ (tt/mm/jjjj)

Andere zumutbare Arbeit

Kommt eine andere zumutbare Arbeit in Frage? ja nein

Wird eine neue Tätigkeit ausgeübt? ja nein

Wenn ja, welche? _____ seit _____ (tt/mm/jjjj)

Unfähigkeitsgrad in der neuen Tätigkeit _____ % vom _____ (tt/mm/jjjj) bis _____ (tt/mm/jjjj)

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? IV UV EMV

Datum der Meldung/Anmeldung _____ (tt/mm/jjjj)

Wiederaufnahme der Berufstätigkeit

Kann mit Wiederaufnahme der Berufstätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden? ja nein

Wenn ja, ab _____ (tt/mm/jjjj) zu _____ %

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:

Arztbericht CHF 45.-
Arztbericht mit weiteren Angaben CHF 65.-

Arztzeugnis senden an: **PKRück, Vertrauensärztlicher Dienst, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich**