

Meldung Arbeitsunfähigkeit

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	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Sprache Korrespondenz	<input type="checkbox"/> de <input type="checkbox"/> fr <input type="checkbox"/> it		
Kenntnisse Landessprache	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> begrenzt		

Angaben Arbeitsunfähigkeit (AUF)

Eintrittsdatum Betrieb	_____ (tt/mm/jjjj)	Beginn AUF (genaues Datum!)	_____ (tt/mm/jjjj)
		Kopie Arztzeugnis beilegen (wenn vorhanden)	
Beschäftigungsgrad vor AUF	_____ %		

Meldung/Anmeldung Drittversicherer:

Anmeldung ist erfolgt bei		Name Versicherung / Ort	_____
<input type="checkbox"/> Koll. Krankentaggeldversicherung*	Datum: _____		_____
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung (UVG)*	Datum: _____		_____
<input type="checkbox"/> Eidg. Invalidenversicherung	Datum: _____		
<input type="checkbox"/> Eidg. Militärversicherung	Datum: _____		

* Kopien der Anmeldungen und allfälliger Taggeldabrechnungen beilegen

Angaben Arbeitsverhältnis

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

Angaben Case Management

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?	_____	
Bestehen Umplatzierungsmöglichkeiten in Ihrem Betrieb?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja: Wurden solche betriebsintern bereits geprüft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie diesbezüglich an einer Hilfeleistung durch die Fachleute der PKRück interessiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Weiterleitung Unterlagen

Bitte leiten Sie die Unterlagen zur Vervollständigung wie folgt weiter:

Vorsorgeeinrichtung: Dieses Meldeformular inkl. verlangten Kopien

Datum Weiterleitung: _____ (tt/mm/jjjj)

Versicherte Person: Formular "Meldung Arbeitsunfähigkeit" der
versicherten Person

Datum Weiterleitung: _____ (tt/mm/jjjj)

Anmerkungen

Ort, Datum _____

Stempel, Unterschrift _____

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:

- Formular versicherte Person; bitte senden Sie dieses 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

Meldung Arbeitsunfähigkeit (Formular versicherte Person)

Versicherte Person

Arbeitgeber	_____	Ort	_____
Name, Vorname	_____	AHV-Nr.	_____
E-Mail	_____	Strasse, Nr.	_____
Tel.-Nummer	_____	PLZ, Ort	_____
Geburtsdatum	_____ (tt/mm/jjjj)	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Sprache Korrespondenz	<input type="checkbox"/> de <input type="checkbox"/> fr <input type="checkbox"/> it		
Zivilstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Konkubinat	Verheiratet / eingetr. Partnerschaft seit	_____ (tt/mm/jjjj)
Ausbildung / erlernter Beruf	_____		
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 _____