

MELDUNG ARBEITSUNFÄHIGKEIT (Formular Arbeitgeber)

Seite 1 / 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

Kenntnisse Landessprache ☐ gut ☐ mittel ☐ begrenzt

Zivilstand ☐ verheiratet ☐ eingetragene Partnerschaft ☐ ledig ☐ geschieden ☐ verwitwet

Verheir. / eingetr. Partnerschaft seit _____ (tt/mm/jjjj)

Konkubinats ☐ Ja ☐ Nein

ANGABE ARBEITSUNFÄHIGKEIT (AUF)

Eintrittsdatum Betrieb _____ (tt/mm/jjjj)

Beginn AUF (genaues Datum!) _____ (tt/mm/jjjj)

Beschäftigungsgrad vor AUF _____ %

Kopie Arztzeugnis beilegen (wenn vorhanden)

Meldung /Anmeldung Drittversicherer:

Anmeldung ist erfolgt bei

☐ Koll. Krankentaggeldversicherung* Datum: _____

☐ Unfallversicherung (UVG)* Datum: _____

☐ Eidg. Invalidenversicherung Datum: _____

☐ Eidg. Militärversicherung Datum: _____

Name Versicherung / Ort

*Kopien der Anmeldung und allfälliger Taggeldabrechnungen beilegen

ANGABE ARBEITSVERHÄLTNIS

Wenn das Arbeitsverhältnis aufgelöst wurde:

Durch wen? _____

Per wann? Am _____ (tt/mm/jjjj)

Welche Gründe? _____

MELDUNG ARBEITSUNFÄHIGKEIT (Formular Arbeitgeber)

Seite 2 / 2: Auszufüllen durch Arbeitgeber der arbeitsunfähigen Person

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:

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: _____

MELDUNG ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Seite 1 / 2: Information an die versicherte Person

Guten Tag

Wir sind der Rückversicherer Ihrer Vorsorgeeinrichtung. 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 auf Beitragsbefreiung abklären und allfällige spätere Leistungen für Sie berechnen können, benötigen wir folgende Unterlagen:

Meldung Arbeitsunfähigkeit (Formular versicherte Person)

bitte senden Sie dies ausgefüllt und unterzeichnet an:

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

VOLLMACHT UND EINWILLIGUNG

Wir geben Ihnen in der Folge Informationen zur Vollmacht und Einwilligung, die Sie uns durch Ankreuzen auf Seite 2 erteilen können.

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.

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)

Seite 2 / 2

Vorsorgeeinrichtung _____

VERSICHERTE PERSON

Arbeitgeber _____ Ort _____
 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 Verheir. / eingetr. Partnerschaft
☐ ledig ☐ geschieden ☐ verwitwet seit _____ (tt/mm/jjjj)

Konkubinät ☐ Ja* ☐ Nein *Partner zu Lebzeiten an VE gemeldet ☐ Ja ☐ Nein

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? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Versicherung und Name Case Manager? _____

Bei Teilzeitbeschäftigung: Ist die Teilzeitbeschäftigung auf
 gesundheitliche Gründe zurückzuführen? ☐ Ja ☐ Nein

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.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

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