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 Verheir. / eingetr. Partnerschaft

☐ ledig ☐ geschieden ☐ verwitwet seit _____ (tt/mm/jjjj)

Konkubinat ☐ Ja ☐ Nein

ANGABE 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

☐ Koll. Krankentaggeldversicherung* Datum: _____ _____

☐ Unfallversicherung (UVG)* Datum: _____ _____

☐ Eidg. Invalidenversicherung Datum: _____

☐ Eidg. Militärversicherung Datum: _____

***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: _____

VOLLMACHT UND EINWILLIGUNG

Ihre Vorsorgeeinrichtung hat die Risiken Invalidität und Tod mit uns, der PKRück AG (www.pkrueck.com) rückgedeckt und uns allenfalls auch mit der Abklärung und Betreuung der Leistungsfälle beauftragt. Gemäss einer Mitteilung Ihres Arbeitgebers sind Sie (teilweise) arbeitsunfähig. Um allfällige Ansprüche auf Leistungen Ihrerseits oder ihrer Vorsorgeeinrichtung abzuklären und berechnen zu können, benötigen wir von Ihnen die vorliegende Vollmacht und Einwilligung.

VERSICHERTE PERSON

Vorsorgeeinrichtung _____

Arbeitgeber _____ Ort _____

Name, Vorname _____ AHV-Nr. _____

E-Mail _____ Strasse, Nr. _____

Tel.-Nummer _____ PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____ (tt/mm/jjjj) Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich

Kurze Beschreibung der vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ausgeübten Tätigkeit _____

Behandelnder Arzt _____ Adresse _____

_____

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

INFORMATIONEN

Datenweitergabe an PKRück und eventuell weitere Rückversicherer und Vollmacht zur Einholung von Gesundheitsdaten zum Zwecke der Risikoeinschätzung, 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 rückgedeckt. Zur Risikoeinschätzung, 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 PKRück bedient sich in einigen Fällen weiterer Rückversicherungen. Damit auch diese Rückversicherer den Leistungsfall abwickeln und allenfalls kontrollieren können, wird die PKRück diesen Ihre Gesundheitsdaten vorlegen. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. 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.

VOLLMACHT UND EINWILLIGUNG

Mit Unterzeichnung dieses Dokuments willige ich hiermit ausdrücklich ein, dass die Vorsorgeeinrichtung meine Gesundheitsdaten zum Zwecke der Risikoeinschätzung, der Versicherungsabwicklung und der vereinzelten Kontrolle der gemeldeten Leistungsfälle an die PKRück und diese eventuell weiteren Rückversicherungen übermittelt und dort jeweils zu den oben genannten Zwecken verwendet werden dürfen; 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. Zudem ermächtige ich die Vorsorgeeinrichtung, respektive die 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. **Die erteilte Vollmacht und Einwilligung kann jederzeit durch schriftliche Mitteilung an die Vorsorgeeinrichtung und die PKRück widerrufen werden. Der unterzeichnenden Person ist bewusst, dass eine Verweigerung der erforderlichen Vollmacht und Einwilligung oder ein Widerruf einer erteilten Vollmacht und Einwilligung eine Abklärung, eine Versicherungsabwicklung und somit eine Gewährung von Leistungen der beruflichen Vorsorge möglicherweise verunmöglicht. Wenn Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung unter der Telefonnummer 044 360 50 70.**

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

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