

# Meldung Arbeitsunfähigkeit (Formular Arbeitgeber)

Seiten 1 und 2: Auszufüllen durch Arbeitgeber der arbeitsunfähigen Person

## Betrieb

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

## 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		
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)	
		*Partner an Vorsorgeeinrichtung gemeldet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Kopie Konkubinatsvertrag beilegen (wenn vorhanden)**

## 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)
Beschäftigungsgrad (BG) vor AUF _____%	<b>Kopie Arztzeugnis beilegen (wenn vorhanden)</b>
BG nach Eintritt der Teilarbeitsunfähigkeit _____%	Bei Teilzeit, Grund angeben <input type="checkbox"/> gesundheitliche Gründe <input type="checkbox"/> betriebliche Gründe <input type="checkbox"/> anderer: _____
	AHV-pflichtiger Jahreslohn bei Beginn AUF CHF _____

## Meldung/Anmeldung Drittversicherer:

Ist eine Meldung an die Eidg. Invalidenversicherung erfolgt? (Früh-  
erfassung)  Ja, am \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)  Nein

Wenn ja, durch wen? \_\_\_\_\_  
**Kopie Meldung beilegen**

Anmeldung ist erfolgt bei  Koll. Krankentaggeldversicherung\*  
 Unfallversicherung (UVG)\*  
 Eidg. Invalidenversicherung  
 Eidg. Militärversicherung

Datum Anmeldung: \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)  
Datum Anmeldung: \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)  
Datum Anmeldung: \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)  
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:

Nest Sammelstiftung: Dieses Meldeformular (Seiten 1–2) inkl. verlangten Kopien Datum Weiterleitung: \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)  
Adresse: Nest Sammelstiftung, Molkenstrasse 21, 8004 Zürich  
Versicherte Person: Schreiben „Information an die versicherte Person“, Datum Weiterleitung: \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)  
„Allgemeine Vollmacht“ und Ärztefragebogen

**Anmerkungen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Stempel, Unterschrift \_\_\_\_\_

## Information an die versicherte Person

Guten Tag

Wir sind der Rückversicherer der Nest Sammelstiftung. 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:

- 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: Nest Sammelstiftung**

**Vollmachtgeber**

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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, 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 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**

## Ärztefragebogen

Es besteht die Möglichkeit, dieses Formular elektronisch auszufüllen und auszudrucken.  
www.pkruECK.com → Downloads → Kundenformulare → Ärztefragebogen

### Allgemeine Angaben

---

Name Vorsorgeeinrichtung Nest Sammelstiftung  
Vorname, Name versicherte Person \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum 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 \_\_\_\_\_  
Waren beim Unfall Drittpersonen beteiligt?  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 Arbeitstätigkeit

---

Kann mit Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit 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 und Einzahlungsschein senden an: **PKRück, Vertrauensärztlicher Dienst, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich**