

Meldung einer Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit (Pensionskasse/Vorsorgestiftung)		Referenz	Name Firma
			Anschluss-Nr. G Polisen-Nr.
Versicherte Person	Name	AHV-Nr.	
	Vorname	Staatsangehörigkeit	
	Adresse	Aufenthaltsbewilligung / Niederlassungsbewilligung	
	Postleitzahl / Wohnort (wo angemeldet?)	Geschlecht weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>	
	Land	Telefon (Festnetz / Mobile)	
	Geburtsdatum	Erlerner Beruf	
	Zivilstand	Ausgeübter Beruf	
Angaben zum Arbeitsverhältnis	Beginn Arbeitsverhältnis	Arbeitsverhältnis im Rahmen der 6. IV-Revision	
	Arbeitsverhältnis gekündigt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Falls ja, per wann?	Kündigung erfolgte durch wen? Arbeitgeber/In <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/In <input type="checkbox"/>	
	Grund der Kündigung?	Selbständigerwerbend ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Angestellt ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
	Arbeitszeit der versicherten Person Tage je Woche Stunden je Woche	Betriebsübliche Arbeitszeit (Stunden je Woche)	
Angaben zur Arbeitsunfähigkeit	Wann wurde die Arbeit niedergelegt?	Wurde die Arbeit zwischenzeitlich wieder aufgenommen? Wenn ja, wann? ab zu %	
	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit Monate Tage	Bei Schwangerschaft, errechneter Geburtstermin	
	Art der Krankheit	Bei Unfall , betroffene Körperstelle(n) Unfalldatum:	
Arbeitsunfähigkeitsgrade	% ab	% ab	
	% ab	% ab	
	% ab	% ab	
	% ab	% ab	
Angaben zum Lohn	AHV-Jahreslohn (bevor die Arbeit niedergelegt werden musste)	CHF	
	Andere Versicherungsleistungen Hat die versicherte Person bereits Anspruch oder hat sie einen Antrag gestellt auf Taggeld- oder Rentenleistungen der Invalidenversicherung, einer Krankentaggeldversicherung, einer obligatorischen Unfallversicherung nach UVG, der Militär- oder Arbeitslosenversicherung, einer Privatversicherung? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Bitte stellen Sie uns die entsprechenden Verfügungen / Abrechnungen in Kopie zu.		
Krankentaggeldversicherung Kontaktadresse			
Obligatorische Unfallversicherung nach UVG Kontaktadresse			
Invalidenversicherung Zuständige IV-Stelle			
Militär- / Arbeitslosenversicherung Kontaktadresse			
Private Versicherung Kontaktadresse			
Ort und Datum		Stempel und Unterschrift Arbeitgeber/in	

Bitte leiten Sie dieses Formular (1. und 2. Seite) an die versicherte Person zum Ausfüllen weiter.
 Eine allfällige Auflösung des Arbeitsverhältnisses entbindet Sie nicht von Ihrer Mitteilungspflicht als Arbeitgeber/In. Gemäss Reglement sind Sie verpflichtet, eine (Teil-) Arbeitsunfähigkeit umgehend schriftlich zu melden, wenn die versicherte Person innert einer Rahmenfrist von 90 Tagen (ab 1. Arbeitsunfähigkeit) länger als 30 Tage zu mindestens 40% arbeitsunfähig war.

Vollmacht / Angaben der versicherten Person		Referenz	Name Firma
			Anschluss-Nr. G Policen-Nr.
Vollmacht / Einwilligungs- erklärung	Vollmacht / Einwilligungserklärung		
	Von _____, AHV-Nr. _____ <i>Zweck</i> 1. Die Vorsorgeeinrichtung/-en (nachstehend VE) und Allianz Suisse Lebensversicherungs-Gesellschaft AG als Hilfsperson dieser VE (nachstehend ASL) sind berechtigt, aufgrund dieser Anmeldung Daten der versicherten Person einschliesslich besonders schützenswerter Personendaten und Persönlichkeitsprofile zu beschaffen, zu bearbeiten und weiterzugeben, um die Aufgaben gemäss Gesetz, Reglement und Kollektivversicherungsvertrag zu erfüllen. Unter diese Aufgaben fallen insbesondere Leistungsansprüche zu beurteilen, Leistungen zu berechnen und zu gewähren und diese mit anderen Leistungen insbesondere von anderen Sozial- und Privatversicherern zu koordinieren, Rückgriffsrechte gegenüber haftpflichtigen Dritten geltend zu machen, die Eingliederung der versicherten Person ins Berufsleben zu fördern, Versicherungsmissbrauch aufzudecken und ungerechtfertigte Leistungsbezüge zu verhindern sowie Leistungsfälle mit Rück- und Mitversicherern abzuwickeln. Zur Durchführung dieser Aufgaben können ausgewählte Dritte beigezogen werden, die die Daten nur so bearbeiten, wie die VE und ASL es selbst tun dürften und die der selben gesetzlichen und vertraglichen Geheimhaltungspflicht unterliegen wie die VE und ASL. <i>Datenbeschaffung</i> 2. Die versicherte Person ermächtigt die VE und ASL bei öffentlich- und privatrechtlichen Versicherungsträgern wie Arbeitslosenstellen, Krankenkassen, privaten Krankentaggeldversicherern, Unfallversicherern, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen, und bei Ärzten und anderen medizinischen Leistungserbringern sowie Spitälern, Heilanstalten etc. alle Auskünfte und Unterlagen, die sie für die in Absatz 1 genannten Zwecke für erforderlich halten, einzuholen und insbesondere in deren Akten (einschliesslich medizinische Berichte und Gutachten) Einsicht zu nehmen. <i>Datenbekanntgabe und Akteneinsicht</i> 3. Die VE und ASL sind berechtigt, alle die versicherte Person betreffenden Daten einschliesslich besonders schützenswerte Daten und Persönlichkeitsprofile im Einzelfall und auf schriftliches und begründetes Gesuch hin an die in Absatz 2 genannten öffentlich- und privatrechtlichen Versicherungsträger sowie an Sozialhilfebehörden, Zivilgerichte, Strafgerichte und Strafuntersuchungsbehörden, Betreuungsamter, Steuerbehörden, Organe anderer Sozialversicherungen, die für die Quellensteuer zuständigen Behörden, sowie weitere Personen, denen im BVG-Obligatorium ein gesetzliches Akteneinsichtsrecht zusteht im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen und der in Absatz 1 genannten Zwecke bekannt zu geben und Akteneinsicht zu gewähren. <i>Datenweitergabe / Gewährung der Einsicht in eigene Akten</i> 4. Die versicherte Person ermächtigt die VE und ASL im übrigen sämtliche Unterlagen zur Arbeitsunfähigkeit und deren Verlauf, insbesondere auch medizinische Dokumente, der zuständigen IV-Stelle zu übermitteln, um dadurch die Chance auf Wiedereingliederung ins Berufsleben zu erhöhen. Führen neben amtlichen Stellen (wie z.B. IV-Stelle) auch Dritte ein Case- und/oder Care-Management durch, dürfen alle notwendigen Unterlagen auch diesen übermittelt oder von diesen eingesehen werden. Falls erforderlich werden die Daten auch an Mit- und Rückversicherer zur Bearbeitung übermittelt. <i>Entbindung von der Schweigepflicht</i> 5. Die versicherte Person entbindet im Rahmen der vorstehenden Absätze 1 und 2 vorbehaltlos die Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer sowie Spitälern, Heilanstalten etc. von jeglicher Schweigepflicht gegenüber den VE und ASL. Ort und Datum Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen / rechtlichen Vertreters		
Angaben zum Versicherungsverhältnis nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit	Haben Sie einen neuen Arbeitgeber? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Falls ja, Name und Adresse des neuen Arbeitgebers	
	Haben Sie Ihre volle Arbeitsfähigkeit wieder erreicht? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Wurde die Arbeit zwischenzeitlich wieder aufgenommen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, wann? ab zu %	
Behandelnde Ärzte für das vorliegende Leiden	Name, Adresse	Name, Adresse	
	Name, Adresse	Name, Adresse	
3. Säule	Haben Sie bei Allianz Suisse eine Lebensversicherung (Säule 3 a oder 3 b) aus welcher für die vorliegende Arbeitsunfähigkeit Leistungen zur Auszahlung gelangen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Falls ja: Policen-/Schadennummer		

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an: Allianz Suisse Leben, Kollektivleben Leistungsdienst, Postfach, 8010 Zürich oder an leistungsdienst@allianz-suisse.ch