

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	Verheiratet / eingetr. Partnerschaft seit _____ (tt/mm/jjjj)
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	*Partner an Vorsorgeeinrichtung gemeldet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Konkubinat*	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 _____%	Kopie Arztzeugnis beilegen (wenn vorhanden)
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* Datum Anmeldung: _____ (tt/mm/jjjj)

Unfallversicherung (UVG)* Datum Anmeldung: _____ (tt/mm/jjjj)

Eidg. Invalidenversicherung Datum Anmeldung: _____ (tt/mm/jjjj)

Eidg. Militärversicherung 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, Postfach 1971, 8026 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, Weinbergstrasse 139, Postfach, 8042 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, Weinbergstrasse 139, Postfach, 8042 Zürich

Ärztfragebogen

Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen

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:

Kurzbericht	CHF	60.-
Bericht mit weiteren Angaben	CHF	80.-
Besonders zeitraubender Bericht	CHF	140.-

Arztzeugnis und Einzahlungsschein senden an: **PKRück, Vertrauensärztlicher Dienst, Weinbergstrasse 139, Postfach, 8042 Zürich**