



Meldung Arbeitsunfähigkeit (Formular Arbeitgeber)

Angaben über Arbeitgeber

Firma, Strasse _____
Vertrags-Nr. _____
Kontaktperson _____

Personalien der versicherten Person

Name _____
Vorname _____
Soz.-Vers.-Nr. _____
Geburtsdatum _____
Strasse, PLZ und Ort _____
Tel.-Nummer _____
Emailadresse _____
Beruf und Funktion _____
Beschäftigungsgrad vor Beginn der AUF _____
Besteht eine Quellensteuerpflicht? ja nein
Geschlecht männlich weiblich
Sprache Korrespondenz de it fr en

Angaben Arbeitsunfähigkeit (AUF)

Ursache der Arbeits- / Erwerbsunfähigkeit Krankheit Unfall oder Berufskrankheit
Art der Krankheit / des Unfalls _____
Bestand eine Invalidität aus früherem Vorsorgeverhältnis? Ja Nein
Falls ja: Ab wann? _____ IV-Grad in %? _____
Falls ja: Welche Pensionskasse war leistungspflichtig? _____

Arbeitsverhältnis

Das Arbeitsverhältnis wird aufgelöst nein ja, per wann? _____

Verlauf der Arbeits- / Erwerbsunfähigkeit

Grad	gültig ab	gültig bis
_____ %	_____	_____
_____ %	_____	_____
_____ %	_____	_____



Behandelnder Arzt

Bitte geben Sie uns den Arzt an, der über den ganzen Verlauf der Krankheit bzw. des Unfalls Auskunft geben kann.

Name und Adresse _____ In Behandlung seit _____

Früherfassung

Ist die Meldung zur Früherfassung an die Eidg. IV erfolgt? ja nein

Name der IV-Stelle _____

Meldung ist erfolgt am _____

Versicherungssituation

Angemeldet bei:	Name und Ortschaft	Referenznummer
<input type="checkbox"/> Kranktaggeldversicherung	_____	_____
<input type="checkbox"/> Eidg. Invalidenversicherung	_____	_____
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung	_____	_____
<input type="checkbox"/> Militärversicherung	_____	_____
<input type="checkbox"/> Arbeitslosenversicherung / Andere Sozialversicherung	_____	_____

Minderjährige oder sich in Ausbildung befindende Kinder

Name _____	Geburtsdatum _____
Vorname _____	Soz.-Vers.-Nr. _____
Name _____	Geburtsdatum _____
Vorname _____	Soz.-Vers.-Nr. _____
Name _____	Geburtsdatum _____
Vorname _____	Soz.-Vers.-Nr. _____

Bemerkungen

Bitte zusätzliche Unterlagen beilegen: Kopien allfälliger Arztzeugnisse, Taggeldabrechnungen, Anmeldung Kranken-/Unfallversicherung. Das Formular ist umgehend «Vertraulich» zu senden an: **ASSEPRO Vorsorgestiftung, Leistungsdienst, 7000 Chur.**

Ort, Datum:

Stempel, Unterschrift Arbeitgeber:



Vollmachtserklärung für Akteneinsicht und Aktenweitergabe

Ich ermächtige hiermit die Vorsorgeeinrichtung, die ASSEPRO Vorsorge AG (als Geschäftsstelle der Vorsorgeeinrichtung), die Beratungsgesellschaft für die zweite Säule (RV-Pool) 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, die ASSEPRO Vorsorge AG (als Geschäftsstelle der Vorsorgeeinrichtung) der Beratungsgesellschaft für die zweite Säule (RV-Pool) 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, der Beratungsgesellschaft für die zweite Säule (RV-Pool) respektive gegenüber der PKRück. Ich bin zudem damit einverstanden, dass die Vorsorgeeinrichtung, die Beratungsgesellschaft für die zweite Säule (RV-Pool) 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 weitere Rückversicherungen übermittelt und dort zu den in diesem Dokument genannten Zwecken verwendet werden. Diese Einwilligung umfasst ausdrücklich auch das Recht der Beratungsgesellschaft für die zweite Säule (RV-Pool) respektive 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 der Beratungsgesellschaft für die zweite Säule (RV-Pool), respektive 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, die Beratungsgesellschaft für die zweite Säule (RV-Pool) respektive 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:

Versicherte Person, Unterschrift:
