



Meldung Arbeitsunfähigkeit (Formular Arbeitgeber)

Angaben über Arbeitgeber

Firma, Strasse	<input type="text"/>
Vertrags-Nr.	<input type="text"/>
Kontaktperson	<input type="text"/>

Personalien der versicherten Person

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Soz.-Vers.-Nr.	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Strasse, PLZ und Ort	<input type="text"/>
Tel.-Nummer	<input type="text"/>
Emailadresse	<input type="text"/>
Beruf und Funktion	<input type="text"/>
Beschäftigungsgrad vor Beginn der AUF	<input type="text"/>
Besteht eine Quellensteuerpflicht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Sprache Korrespondenz	<input type="checkbox"/> de <input type="checkbox"/> it <input type="checkbox"/> fr <input type="checkbox"/> en

Angaben Arbeitsunfähigkeit (AUF)

Beginn der Arbeits- / Erwerbsunfähigkeit	<input type="text"/>
Ursache der Arbeits- / Erwerbsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall oder Berufskrankheit
Art der Krankheit / des Unfalls	<input type="text"/>
Bestand eine Invalidität aus früherem Vorsorgeverhältnis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: Ab wann?	<input type="text"/> IV-Grad in %? <input type="text"/>
Falls ja: Welche Pensionskasse war leistungspflichtig?	<input type="text"/>

Arbeitsverhältnis

Das Arbeitsverhältnis wird aufgelöst	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, per wann? <input type="text"/>
--------------------------------------	---

Verlauf der Arbeits- / Erwerbsunfähigkeit

Grad	gültig ab	gültig bis
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>



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
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Früherfassung

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

Name der IV-Stelle	<input type="text"/>
Meldung ist erfolgt am	<input type="text"/>

Versicherungssituation

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

Minderjährige oder sich in Ausbildung befindende Kinder

Name	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Soz.-Vers.-Nr.	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Soz.-Vers.-Nr.	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Soz.-Vers.-Nr.	<input type="text"/>

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:
