panvica P+

Talstrasse 7 | 3053 Münchenbuchsee
031 388 14 36 | panvicaplus@panvica.ch

SwissLife

Meldung Arbeitsunfähigkeit

Arbeitgeber:

Mitglied-Nr.:

1. Personalien der versicherten Person

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, PLZ und Ort:

Mobile:

Mail:

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Zivilstand:

SV-/AHV-Nr.:

2. Berufliche Angaben

Aktuelle berufliche Tätigkeit?

Erlernter Beruf?

Besteht eine Quellensteuerpflicht? ☐ Ja ☐ Nein

War die versicherte Person vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit teilzeitbeschäftigt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, zu wieviel %? Seit welchem Zeitpunkt?

Wird das Arbeitsverhältnis aufgelöst? ☐ Ja per

☐ Nein

3. Beginn und Verlauf der Arbeitsunfähigkeit:

Grad in %	gültig ab	gültig bis

4. Ursache der Arbeitsunfähigkeit:

☐ Krankheit ☐ Unfall oder Berufskrankheit

☐ Schwangerschaft voraussichtlicher Geburtstermin:

5. Früherfassung

Ist die Meldung zur Früherfassung an die Eidg. IV erfolgt? ☐ Ja ☐ Nein

Name der IV-Stelle:

Meldung ist erfolgt am:

6. Aktuelle Versicherungssituation

Angemeldet bei	Name und Ort	Schadensfallnr.	Policennr.
☐ Krankentaggeldversicherung*			
☐ Eidg. Invalidenversicherung			
☐ Unfallversicherung			
☐ Militärversicherung			
☐ Arbeitslosenversicherung/ andere Sozialversicherung			

*** Eine allfällige Umteilung des Leistungsbezügers von der kollektiven Krankentaggeldversicherung in eine Einzeltaggeldversicherung ist der Vorsorgeeinrichtung unverzüglich zu melden.**

7. Minderjährige oder sich in Ausbildung befindende Kinder bis 25 Jahre

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Sozialversicherungs-Nr.:

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Sozialversicherungs-Nr.:

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Sozialversicherungs-Nr.:

8. Wünschen Sie eine kostenlose Begleitung und Unterstützung durch das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) und Case Management (CM)? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, an wen soll die CM-Vollmacht und der Info-Flyer gesendet werden?

Arbeitgeber:

Kontaktperson:

E-Mail Adresse:

9. Vollmacht und Unterschrift

Im Hinblick auf die Abklärung des Anspruchs, die Prüfung der Leistungsberechtigung der versicherten Person oder weiterer Anspruchsberechtigter und die Durchführung des Rückgriffs auf Dritte, gegen welche der versicherten Person oder deren Hinterbliebenen aus diesem Versicherungsfall Schadenersatzansprüche zustehen könnten, ermächtigt die unterzeichnende Person die Pensionskasse bzw. den Rückversicherer ausdrücklich

- alle zur Abklärung des Leistungs- und Regressanspruchs notwendig erscheinenden Auskünfte und Unterlagen bei Krankenkassen, Krankentaggeldversicherern, Unfallversicherern, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen, Lebensversicherern, Arbeitslosen-, Haftpflicht- und Militärversicherungen, Ärzten, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten und Chiropraktiker sowie Spitälern, Heilanstalten, Arbeitgebern und anderen Personen/Institutionen direkt einzuholen.
- Die Ärzte und die genannten Institutionen und Personen werden damit von ihrem Berufsgeheimnis bzw. ihrer ärztlichen oder gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der Pensionskasse bzw. dem Rückversicherer vorbehaltlos entbunden.
- die für die Schaden- und Regressabwicklung notwendig erscheinenden Daten an Dritte, mitbeteiligte Versicherer, in- und ausländische Rückversicherer oder allfällige Einzellebensversicherer und die zuständige IV-Stelle weiterzuleiten und von diesen die erforderlichen Auskünfte einzuholen.
- eigene Gutachten in Auftrag zu geben. Die Kosten übernimmt die Pensionskasse

Sofern der versicherten Person oder deren Hinterbliebenen gegenüber Dritten, welche für den Versicherungsfall haften, Schadenersatzansprüche aus diesem Versicherungsfall zustehen, werden hiermit sämtliche Ansprüche bis auf die Höhe der reglementarischen Leistungen an die leistungspflichtige Vorsorgeeinrichtung abgetreten.

Entbindung vom Berufs- bzw. Amtsgeheimnis sowie Recht auf Akteneinsicht und Aktenweitergabe

Soweit für die Durchführung der Personalvorsorge (Risikoprüfung/Abwicklung des konkreten Vorsorgefalls) erforderlich, entbindet die unterzeichnende Person die Eidgenössische lnvalidenversicherung, die Militärversicherung, die Unfallversicherer, andere und frühere Vorsorgeeinrichtungen, die Kranken- sowie Krankentaggeldversicherer, allfällige ausländische Versicherer sowie die sie behandelnden Ärzte von der Wahrung des Berufs- bzw. Amtsgeheimnisses gegenüber der Swiss Life AG und den zuständigen Vorsorgestiftungen (Panvica) und ermächtigt die genannten lnstitutionen und Personen, der Swiss Life AG und der Vorsorgestiftung (Panvica) bei Bedarf die notwendigen Auskünfte (einschliesslich medizinischer Angaben) zu erteilen und entsprechende Akteneinsicht zu gewähren. Es werden nur die für die Durchführung der Personalvorsorge konkret notwendigen lnformationen eingeholt. Zudem ist die unterzeichnende Person damit einverstanden, dass ihre Personalien und Gesundheitsdaten innerhalb der Swiss Life AG zum Zweck der Leistungsprüfung und zur Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs weitergegeben sowie anderen beteiligten Versicherern und Rückversicherern wie auch an Gutachter übermittelt werden können.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person