

Vorsorgewerk der proparis Vorsorge-Stiftung Gewerbe Schweiz, Bern

Meldung Arbeitsunfähigkeit

Arbeitgeber:

Mitglied-Nr.:

1. Personalien der versicherten Person

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, PLZ und Ort:

Geschlecht:

weiblich

männlich

Zivilstand:

Sozialversicherungs-Nr.:

Telefonnummer:

E-Mail Adresse

2. Berufliche Angaben

Aktuelle berufliche Tätigkeit?

Erlerner 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 *proparis* und die Durchführungsstelle der Pensionskasse 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 *proparis* und der Durchführungsstelle der Pensionskasse 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.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person