

Vorsorgewerk der proparis Vorsorge-Stiftung Gewerbe Schweiz, Bern

Meldung Arbeitsunfähigkeit

Arbeitgeber:

Mitglied-Nr.:

1. Personalien der zu versichernden Person

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, PLZ und Ort:

Geschlecht:

weiblich

männlich

Zivilstand:

Sozialversicherungs-Nr.:

2. Beginn der Arbeitsunfähigkeit:

Tag / Monat/ Jahr

3. Ursache der Arbeitsunfähigkeit:

Krankheit

Unfall

4. Arbeitsverhältnis des Versicherten

War die versicherte Person vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit teilzeitbeschäftigt?

Ja

Nein

Wenn JA, zu wieviel %?

Seit welchem Zeitpunkt?

5. Krankentaggeldversicherung

Besteht eine Kollektivkrankentaggeldversicherung? Ja Nein

Beträgt die Höhe der Taggeldleistungen mindestens 80% des entgangenen Verdienstes? Ja Nein

Beträgt der Arbeitgeberbeitrag mindestens 50% des Arbeitnehmerbeitrages? Ja Nein

Taggeld zahlbar während Tagen.

Haben Sie die drei Fragen mit Ja beantwortet, bitte folgende Angaben machen:

Name / Ort des Krankentaggeldversicherers:

Policennummer der Krankentaggeldversicherung:

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

6. Andere Versicherungen* (*Entscheide bitte beilegen)

Stehen den allfälligen Anspruchsberechtigten ebenfalls Ansprüche zu, gegen

- Eidgenössische Alters- und Hinterbliebenenversicherung AHV? Ja Nein
- Unfallversicherung? Ja Nein
- Eidgenössische Militärversicherung MV? Ja Nein
- Andere?* Ja Nein

*Wenn Ja, welche?

Wurde die Arbeitsunfähigkeit durch einen Dritten herbeigeführt? Ja Nein

7. 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 oder des gesetzlichen Vertreters

Diesem Formular sind beizulegen:

- Alle Unterlagen der IV oder anderer Versicherungen
- Die bereits vorhandenen Taggeldabrechnungen