

Meldung Arbeitsunfähigkeit

Auszufüllen durch Arbeitgeber

Seiten 1 bis 3: Auszufüllen durch Arbeitgeber

Referenz

Arbeitgeber	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>
Postfach	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>

Vertragsnummer	<input type="text"/>
Kontaktperson	<input type="text"/>
Tel.-Nummer	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>

Versicherte arbeitsunfähige Person

Name, Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	<input type="text"/>
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Sprache Korrespondenz <input type="checkbox"/> de <input type="checkbox"/> fr <input type="checkbox"/> it	
Zivilstand <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	

Sozialvers.-Nr.	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
Tel.-Nummer	<input type="text"/>
Verheiratet /eingetragene Partnerschaft seit (TT.MM.JJJJ)	<input type="text"/>
Geschieden /eingetragene Partnerschaft aufgelöst seit (TT.MM.JJJJ)	<input type="text"/>

Kontaktangaben allfällige/r Vertreter/in

Name, Vorname	<input type="text"/>
Tel.-Nummer	<input type="text"/>

Strasse, Nr.	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>

Ehegatte/Partner

Name, Vorname	<input type="text"/>
---------------	----------------------

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	<input type="text"/>
Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	

Kinder

Name, Vorname	<input type="text"/>
---------------	----------------------

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	<input type="text"/>
Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	

Name, Vorname	<input type="text"/>
---------------	----------------------

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	<input type="text"/>
Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	

Name, Vorname	<input type="text"/>
---------------	----------------------

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	<input type="text"/>
Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	

Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit

Die Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit ist zurückzuführen auf eine Krankheit einen Unfall oder eine Berufskrankheit

Art der Krankheit / des Unfalls	<input type="text"/>
---------------------------------	----------------------

Angaben zur Arbeitsunfähigkeit (AUF)

Eintrittsdatum Betrieb (TT.MM.JJJJ)	<input type="text"/>
-------------------------------------	----------------------

Beginn AUF (genaues Datum!) (TT.MM.JJJJ)	<input type="text"/>
Kopie Arztzeugnis beilegen (falls vorhanden)	<input type="checkbox"/>

Beschäftigungsgrad (BG) vor AUF	<input type="text"/>
---------------------------------	----------------------

BG nach Eintritt der Teilarbeitsunfähigkeit	<input type="text"/>	% AHV-pflichtiger Jahreslohn bei Beginn AUF	<input type="text"/>
---	----------------------	---	----------------------

Meldung / Anmeldung Drittversicherer

Ist eine Meldung an die Eidg. Invalidenversicherung erfolgt? (Früherfassung)

Ja, am (TT.MM.JJJJ)

Nein

Wenn ja, durch wen?

Kopie Meldung beilegen (falls vorhanden)

Anmeldung ist erfolgt bei Koll. Krankentaggeldversicherung*

Datum Anmeldung (TT.MM.JJJJ)

Unfallversicherung (UVG)*

Datum Anmeldung (TT.MM.JJJJ)

Eidg. Invalidenversicherung

Datum Anmeldung (TT.MM.JJJJ)

Eidg. Militärversicherung

Datum Anmeldung (TT.MM.JJJJ)

* Kopien der Anmeldungen und allfälliger Taggeldabrechnungen beilegen

Kontakt kollektive Krankentaggeldversicherung / Unfallversicherung

Name Versicherung

Strasse, Nr.

Policennummer

Postfach

PLZ, Ort

Angaben Arbeitsverhältnis

Selbständigerwerbend?

ja nein

Angestellt?

ja nein

Falls angestellt, wurde das Arbeitsverhältnis aufgelöst:

ja nein

durch wen?:

per wann?:

am (TT.MM.JJJJ)

welche Gründe?:

Letzter effektiver Arbeitstag vor Arbeitsunfähigkeit

am (TT.MM.JJJJ)

Falls angestellt, wird die versicherte Person weiterhin bei Ihnen beschäftigt?

ja nein

Ausbildung / erlernter Beruf der versicherten Person

Kurze Beschreibung der vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ausgeübten Tätigkeit

Art der Beschäftigung nach Eintritt des Gesundheitsschadens

ab (TT.MM.JJJJ)

Angaben Case Management

Ist bereits ein Case Manager einer anderen Versicherung involviert?

ja nein

Wenn ja, welche Versicherung und Name Case Manager?

Bestehen Umplatzierungsmöglichkeiten in Ihrem Betrieb?

ja nein

Wenn ja: Wurden solche betriebsintern bereits geprüft?

ja nein

Sind Sie diesbezüglich an einer Hilfeleistung durch Fachleute interessiert?

ja nein

Auszufüllen durch Arbeitgeber

Weiterleitung Unterlagen

Bitte leiten Sie die Unterlagen zur Vervollständigung wie folgt weiter:

Vorsorgeeinrichtung:

Dieses Meldeformular (Seiten 1-3) inkl. verlangten Kopien Datum Weiterleitung: (TT.MM.JJJJ)

Adresse: Pro Medico Stiftung, Löwenstrasse 25, Postfach, 8021 Zürich

Versicherte Person:

Schreiben «Information an die versicherte Person», Datum Weiterleitung: (TT.MM.JJJJ)
«Vollmacht/Einwilligungserklärung» und Formular Arztzeugnis

Anmerkungen

Ort und Datum

Unterschrift

Eine allfällige Auflösung des Arbeitsverhältnisses entbindet Sie nicht von der Auskunft- und Meldepflicht. Gemäss dem Vorsorgereglement sind Sie verpflichtet, eine (Teil-)Arbeitsunfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.

Information an die versicherte Person

Ihr Arbeitgeber hat uns mitgeteilt, dass Sie (teilweise) arbeitsunfähig sind. Damit der Anspruch auf Beitragsbefreiung abgeklärt und allfällige spätere Leistungen für Sie berechnet werden können, werden folgende Unterlagen benötigt:

- Arzzeugnis-Formular; bitte leiten Sie das beiliegende Formular an Ihren behandelnden Arzt weiter. Dieser wird das ausgefüllte Arzzeugnis-Formular dem ärztlichen Dienst des Rückversicherers der Pro Medico Stiftung zustellen.
- Vollmacht; bitte senden Sie die Vollmacht an die Pro Medico Stiftung, Löwenstrasse 25, Postfach, 8021 Zürich

Wenn Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen unter der Telefonnummer +41 44 224 20 60 oder der E-Mail-Adresse info@promedico.ch gerne zur Verfügung.

Wir danken Ihnen für Ihre Bemühungen und grüssen Sie freundlich.
Pro Medico Stiftung

Vollmacht / Einwilligungserklärung

Vollmachtgeber

Vorname Name:	
AHV-Nr.:	
Strasse:	
PLZ Ort:	

Vollmachtnehmerinnen

Pro Medico Stiftung, Zürich

Axa Leben AG, Winterthur

Swiss Life AG, Zürich

PKRück Lebensversicherungsgesellschaft für
die betriebliche Vorsorge AG, Vaduz

Dritte als Case- und/oder Care-Manager

Ich ermächtige die Vollmachtnehmerinnen bezüglich Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität

Auskunft und Akteneinsicht bei anderen Versicherungen

bei sämtlichen in diesen Leistungsfall involvierten öffentlichen- und privatrechtlichen Versicherungsträgern wie insbesondere Krankenkassen, Krankentaggeldversicherer, Unfallversicherer, Unfalltaggeldversicherer, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen und Arbeitslosenversicherungen die erforderlichen und notwendig erscheinenden Auskünfte einzuholen und die relevanten Unterlagen einzusehen und einzufordern, um die Leistungsansprüche des/der Unterzeichnenden zu beurteilen und zu berechnen sowie diese mit den Leistungen anderer Versicherungen zu koordinieren und das Rückgriffsrecht gegenüber haftpflichtigen Dritten geltend zu machen.

Dateneinsicht bei Ärzten und anderen medizinischen Leistungserbringern, Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

bei sämtlichen in diesen Leistungsfall involvierten Ärzten und anderen medizinischen Leistungserbringern wie insbesondere Physiotherapeuten, Chiropraktikern, Psychologen, Spitälern und Heilanstalten oder bei vertrauensärztlichen Diensten von Privat- und Sozialversicherungen die erforderlichen und notwendig erscheinenden Auskünfte einzuholen und relevanten Unterlagen einzusehen und einzufordern. Der/die Unterzeichnende entbindet die Ärzte, die anderen medizinischen Leistungserbringer und die vertrauensärztlichen Dienste von Privat- und Sozialversicherungen hiermit vorbehaltlos von der Schweigepflicht gegenüber den Vollmachtnehmerinnen und gegenüber allfälligen Dritten, welche ein Case- und/oder Care-Management durchführen.

Datenweitergabe und Gewährung der Einsicht

alle notwendigen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen zur Arbeitsunfähigkeit und deren Verlauf, insbesondere auch medizinische Dokumente, der zuständigen IV-Stelle zu übermitteln, um dadurch die Chancen auf Wiedereingliederung ins Berufsleben zu erhöhen. Führen neben der IV oder anderen amtlichen Stellen auch Dritte ein Case- und/oder Care-Management durch, dürfen alle notwendigen Auskünfte und Unterlagen, insbesondere auch medizinische Dokumente, auch diesen erteilt bzw. übermittelt werden.

Ort und Datum

Unterschrift versicherte Person

Ausgefüllte und unterzeichnete Vollmacht senden an: Pro Medico Stiftung, Löwenstrasse 25, Postfach, 8021 Zürich

Die Vollmachtnehmerinnen unterstehen der Geheimhaltungspflicht. Sie betrauen nur Personen mit der Fall- und/oder Datenbearbeitung, welche eine im Rahmen ihrer Arbeit geltende Verschwiegenheitserklärung unterzeichnet haben oder einer amtlichen Schweigepflicht unterstehen. Die Geheimhaltung wird während und auch nach Beendigung der Abklärungen gewahrt. Persönliche Informationen der versicherten Person dürfen ohne deren Einwilligung keiner Drittperson weiter gegeben werden und auch sonst in keiner Weise für Zwecke, die sich nicht aus dieser Vollmacht / Einwilligungserklärung ergeben, nutzbar gemacht werden.

Arztzeugnis

(Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen)

Name Vorsorgeeinrichtung: Pro Medico Stiftung

Vorname versicherte Person

Name versicherte Person

Sozialvers.-Nr.

Adresse

Arbeitgeber

Auszug aus der Krankengeschichte seit:

1. Ursache der Arbeitsunfähigkeit

Diagnose

Wann traten die ersten Symptome diesbezüglich auf?

Bei Unfall bitte Unfalldatum und Art des Unfalles angeben

Wurde der Unfall durch eine Drittperson verursacht?

ja

nein

2. Ambulante Behandlung

durch Sie vom

bis

vor Ihnen durch Dr.

in

seit

nach Ihnen durch Dr.

in

seit

Seit wann kennen Sie den Patienten/die Patientin? Seit

Ist die versicherte Person regelmässig bei Ihnen in Behandlung?

ja

nein

Wenn ja, weswegen?

3. Stationäre Behandlung

Wo?

Eintrittstag

Entlassungstag

4. Anamnese und Verlauf des Falles

Art und Dauer der Behandlung

Medikation (einschliesslich Dosis) keine

Welche

Eventuelle frühere Krankheiten und Unfälle

5. Aktuelle Symptome/aktueller Zustand/Prognose

6. Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit bezogen auf die bisher ausgeübte Tätigkeit

(unabhängig von der Arbeitsmarkt- und Wirtschaftslage bei einem Beschäftigungsgrad von 100%)

<input type="text"/>	%	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>

7. Kommt eine andere zumutbare Arbeit in Frage?

ja nein

Wird eine neue Tätigkeit ausgeübt?

ja nein

Wenn ja, welche?

seit

Unfähigkeitsgrad in der neuen Tätigkeit

%

von

bis

8. IV / UV / EMV

Ist eine Meldung (Früherfassung bei der IV erfolgt)?

ja nein

Ist eine Anmeldung erfolgt?

ja nein

Wenn ja, bei wem?

IV UV EMV

Datum der Meldung/Anmeldung

9. Kann mit einer Wiederaufnahme der Berufstätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden?

Wenn ja,

Sind berufliche Massnahmen angezeigt?

Wenn ja, welche und durch wen?

ja nein

ab zu %

ja nein

10. Sonderfragen, Bemerkungen

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Definition Arbeitsunfähigkeit: Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

Arzthonorar:

Kurzbericht	CHF	60.-
Bericht mit weiteren Angaben	CHF	80.-
Besonders zeitraubender Bericht	CHF	140.-

Arztzeugnis senden an: Pro Medico Stiftung, Löwenstrasse 25, Postfach, 8021 Zürich