

Meldung Arbeitsunfähigkeit (durch Versicherten auszufüllen)

Angaben zum Arbeitgeber

Firma Vertragsnummer
Strasse PLZ / Ort

Personalien der versicherten Person

Name Soz.Vers.Nr.
Vorname Geburtsdatum
Geschlecht Männlich Weiblich
Zivilstand Verheiratet Geschieden
 Verwitwet Registrierte Partnerschaft
 Ledig Lebenspartnerschaft*
** Partner zu Lebzeiten der Stiftung gemeldet*
Strasse Tel.-Nr.
PLZ / Ort E-Mail

Kontaktangaben allfällige/r Vertreter/in

Name Vorname
Strasse Tel.-Nr.
PLZ / Ort E-Mail

Angaben zu den Kindern (unter 18 resp. unter 25 und noch in Ausbildung)

Name	Vorname	Geburtsdatum
<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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ereignis

- Geburtsgebrechen Sind Sie bereit, ein Case Management machen zu lassen?*
- Krankheit *(Früherkennung, Leistungsfall verhindern)*
- Unfall
- * Bitte legen Sie dieser Meldung eine Beschreibung des Sachverhaltes bei.*

Die Fragen sind nach bestem Wissen **vollständig und wahrheitsgetreu** zu beantworten. Die Meldung eines Leistungsfalles ist fristgerecht und vollständig vorzunehmen. Verspätete, unwahre oder unvollständige Meldungen können zu einer Reduktion oder Verweigerung von Leistungen führen! Wir verweisen auf die Bestimmungen im Vorsorgereglement.

Das Formular ist umgehend "Vertraulich" zu senden an:

Beratungsgesellschaft für die zweite Säule AG
Aldona Sutter, RV Pool,
Dornacherstrasse 230, Postfach, 4018 Basel

Bitte folgende Dokumente beilegen:

- unterzeichnete Vollmacht (gemäss Beilage)
- allfällige Taggeldabrechnungen
- Arztzeugnisse (in verschlossenem Couvert)
- IV- oder UVG-Verfügungen (sofern bereits vorhanden)
- IV-Früherfassung
- Kopie des Familienausweises

Ort, Datum

Unterschrift

Arztbericht (durch zuständigen Arzt auszufüllen)

Versicherte Person

Name Vorname
Geburtsdatum Soz.Vers.Nr.
Strasse PLZ / Ort

Ursache der Arbeitsunfähigkeit

Diagnose

Wann traten die ersten Symptome diesbezüglich auf?

Bei Unfall bitte Unfalldatum und Art des Unfalls angeben

Wurde der Unfall durch eine Drittperson verursacht? Ja Nein

Ambulante Behandlung

durch Sie vom bis
vor Ihnen durch Dr. in seit
nach Ihnen durch Dr. in seit

Seit wann kennen Sie die Patientin / den Patienten? seit

Ist die versicherte Person regelmässig bei Ihnen in Behandlung? Ja Nein

Falls ja, weswegen?

Stationäre Behandlung

Wo? Eintritt Austritt

Anamnese und Verlauf des Falles

Art und Dauer der Behandlung

Medikation (inkl. Dosierung) Keine Welche:

Eventuelle frühere Krankheiten / Unfälle

Grad und Dauer der Unfähigkeit, den bisherigen Beruf auszuüben seit dem Auftreten der ersten Symptome

(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"/>

Zumutbare Arbeit

Kommt eine andere zumutbare Arbeit in Frage? Ja Nein

Wird eine neue Tätigkeit ausgeübt? Ja Nein

Falls ja, welche? seit

Unfähigkeitsgrad in der neuen Tätigkeit % vom bis

IV / UV / EMV

Ist eine Meldung (Früherfassung) bei der IV erfolgt? Ja Nein

Ist eine Anmeldung erfolgt? Ja Nein

Falls ja, bei wem? IV UV EMV

Datum der Meldung / Anmeldung

Wiederaufnahme der Berufstätigkeit

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

Falls ja ab zu %

Sind berufliche Massnahmen angezeigt? Ja Nein

Falls ja, welche und durch wen?

Sonderfragen / Bemerkungen

Definition der 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 (Artikel 6 ATSG).

Zuständiger Arzt

Name Vorname

Strasse PLZ / Ort

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

Arzthonorar:

Kurzbericht	CHF 60.-
Bericht mit weiteren Angaben	CHF 80.-
Besonderes Zeitraubender Bericht	CHF 140.-

Das Formular ist umgehend "Vertraulich" und in einem **verschlossenen** Briefumschlag zu senden an:

**Beratungsgesellschaft für die zweite Säule AG
Aldona Sutter, RV Pool,
Dornacherstrasse 230, Postfach, 4018 Basel**

Vollmacht

a) Andere Versicherer

Im Hinblick auf die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung der/des Versicherten, ermächtigt der/die Unterzeichnete die UWP Sammelstiftung resp. die PKRück als deren Rückversicherer sowie die Beratungsgesellschaft für die zweite Säule AG ausdrücklich, bei sämtlichen in diesen Leistungsfall involvierten öffentlich- und privatrechtlichen Versicherungsträgern als da sind Krankenkassen, Krankenversicherer, Krankentaggeldversicherer, Unfallversicherer, IV-Stellen, Militärversicherung, Vorsorgeeinrichtungen allfällige ausländische Versicherer etc. die erforderlichen Auskünfte einzuholen und insbesondere die relevanten Akten einzusehen (bspw. medizinische Gutachten und Berichte anderer Institutionen wie der Berufsberatung).

b) Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer

Ebenso wird die UWP Sammelstiftung resp. die PKRück als deren Rückversicherer sowie die Beratungsgesellschaft für die zweite Säule AG mit nachfolgender Unterschrift ermächtigt, die ihr notwendig erscheinenden Auskünfte bei Ärzten und anderen medizinischen Leistungserbringern sowie Spitälern, Heilanstalten etc. einzuholen. Die Ärzte und die genannten Institutionen sind daher von der Schweigepflicht gegenüber der UWP Sammelstiftung resp. der PKRück als deren Rückversicherer vorbehaltlos entbunden.

c) Weiterleitung der eigenen Akten

Im weiteren ermächtigt der/die Unterzeichnete die UWP Sammelstiftung resp. die PKRück sowie die Beratungsgesellschaft für die zweite Säule AG, Unterlagen über den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit, insbesondere medizinische Dokumente, der zuständigen IV-Stelle zu übermitteln, um dadurch die Chance der Wiedereingliederung ins Berufsleben zu erhöhen. Dieses Vorgehen ersetzt jedoch nicht die Anmeldung bei der IV, die durch die versicherte Person selber vorgenommen werden muss.

Name, Vorname der/des Versicherten

Sozialversicherungsnummer

Geburtsdatum

Mit nachfolgender Unterschrift erteilt die/der Unterzeichnende die obengenannte Vollmacht in vollem Umfang (a bis c)

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten oder des
gesetzlichen Vertreters
