

| | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
| Meldung einer Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit (Pensionskasse/Vorsorgestiftung) | | Referenz | Name Firma |
| | | | Anschluss-Nr. G Polisen-Nr. |
| Versicherte Person | Name | AHV-Nr. | |
| | Vorname | Staatsangehörigkeit | |
| | Adresse | Aufenthaltsbewilligung / Niederlassungsbewilligung | |
| | Postleitzahl / Wohnort (wo angemeldet?) | Geschlecht weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> | |
| | Land | Telefon (Festnetz / Mobile) | |
| | Geburtsdatum | Erlerner Beruf | |
| | Zivilstand | Ausgeübter Beruf | |
| Angaben zum Arbeitsverhältnis | Beginn Arbeitsverhältnis | Arbeitsverhältnis im Rahmen der 6. IV-Revision | |
| | Arbeitsverhältnis gekündigt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Falls ja, per wann? | Kündigung erfolgte durch wen? Arbeitgeber/In <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/In <input type="checkbox"/> | |
| | Grund der Kündigung? | Selbständigerwerbend ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Angestellt ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | |
| | Arbeitszeit der versicherten Person Tage je Woche Stunden je Woche | Betriebsübliche Arbeitszeit (Stunden je Woche) | |
| Angaben zur Arbeitsunfähigkeit | Wann wurde die Arbeit niedergelegt? | Wurde die Arbeit zwischenzeitlich wieder aufgenommen? Wenn ja, wann? ab zu % | |
| | Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit Monate Tage | Bei Schwangerschaft, errechneter Geburtstermin | |
| | Art der Krankheit | Bei Unfall , betroffene Körperstelle(n) Unfalldatum: | |
| Arbeitsunfähigkeitsgrade | % ab | % ab | |
| | % ab | % ab | |
| | % ab | % ab | |
| | % ab | % ab | |
| Angaben zum Lohn | AHV-Jahreslohn (bevor die Arbeit niedergelegt werden musste) | CHF | |
| Andere Versicherungsleistungen | Hat die versicherte Person bereits Anspruch oder hat sie einen Antrag gestellt auf Taggeld- oder Rentenleistungen der Invalidenversicherung, einer Krankentaggeldversicherung, einer obligatorischen Unfallversicherung nach UVG, der Militär- oder Arbeitslosenversicherung, einer Privatversicherung? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | | |
| | Bitte stellen Sie uns die entsprechenden Verfügungen / Abrechnungen in Kopie zu. | | |
| | Krankentaggeldversicherung Kontaktadresse | | |
| | Obligatorische Unfallversicherung nach UVG Kontaktadresse | | |
| | Invalidenversicherung Zuständige IV-Stelle | | |
| | Militär- / Arbeitslosenversicherung Kontaktadresse | | |
| Private Versicherung Kontaktadresse | | | |
| Ort und Datum | | Stempel und Unterschrift Arbeitgeber/in | |

Bitte leiten Sie dieses Formular (1. und 2. Seite) an die versicherte Person zum Ausfüllen weiter.
 Eine allfällige Auflösung des Arbeitsverhältnisses entbindet Sie nicht von Ihrer Mitteilungspflicht als Arbeitgeber/In. Gemäss Reglement sind Sie verpflichtet, eine (Teil-) Arbeitsunfähigkeit umgehend schriftlich zu melden, wenn die versicherte Person innert einer Rahmenfrist von 90 Tagen (ab 1. Arbeitsunfähigkeit) länger als 30 Tage zu mindestens 40% arbeitsunfähig war.

| | | | |
|---|--|--|--------------------------------|
| Vollmacht / Angaben der versicherten Person | | Referenz | Name Firma |
| | | | Anschluss-Nr. G Policen-Nr. |
| Vollmacht / Einwilligungs- erklärung | Vollmacht / Einwilligungserklärung | | |
| | <p>Von _____, AHV-Nr. _____</p> <p><i>Zweck</i></p> <p>1. Die Vorsorgeeinrichtung/-en (nachstehend VE) und Allianz Suisse Lebensversicherungs-Gesellschaft AG als Hilfsperson dieser VE (nachstehend ASL) sind berechtigt, aufgrund dieser Anmeldung Daten der versicherten Person einschliesslich besonders schützenswerter Personendaten und Persönlichkeitsprofile zu beschaffen, zu bearbeiten und weiterzugeben, um die Aufgaben gemäss Gesetz, Reglement und Kollektivversicherungsvertrag zu erfüllen. Unter diese Aufgaben fallen insbesondere Leistungsansprüche zu beurteilen, Leistungen zu berechnen und zu gewähren und diese mit anderen Leistungen insbesondere von anderen Sozial- und Privatversicherern zu koordinieren, Rückgriffsrechte gegenüber haftpflichtigen Dritten geltend zu machen, die Eingliederung der versicherten Person ins Berufsleben zu fördern, Versicherungsmissbrauch aufzudecken und ungerechtfertigte Leistungsbezüge zu verhindern sowie Leistungsfälle mit Rück- und Mitversicherern abzuwickeln. Zur Durchführung dieser Aufgaben können ausgewählte Dritte beigezogen werden, die die Daten nur so bearbeiten, wie die VE und ASL es selbst tun dürften und die der selben gesetzlichen und vertraglichen Geheimhaltungspflicht unterliegen wie die VE und ASL.</p> <p><i>Datenbeschaffung</i></p> <p>2. Die versicherte Person ermächtigt die VE und ASL bei öffentlich- und privatrechtlichen Versicherungsträgern wie Arbeitslosenstellen, Krankenkassen, privaten Krankentaggeldversicherern, Unfallversicherern, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen, und bei Ärzten und anderen medizinischen Leistungserbringern sowie Spitälern, Heilanstalten etc. alle Auskünfte und Unterlagen, die sie für die in Absatz 1 genannten Zwecke für erforderlich halten, einzuholen und insbesondere in deren Akten (einschliesslich medizinische Berichte und Gutachten) Einsicht zu nehmen.</p> <p><i>Datenbekanntgabe und Akteneinsicht</i></p> <p>3. Die VE und ASL sind berechtigt, alle die versicherte Person betreffenden Daten einschliesslich besonders schützenswerte Daten und Persönlichkeitsprofile im Einzelfall und auf schriftliches und begründetes Gesuch hin an die in Absatz 2 genannten öffentlich- und privatrechtlichen Versicherungsträger sowie an Sozialhilfebehörden, Zivilgerichte, Strafgerichte und Strafuntersuchungsbehörden, Betreuungsamter, Steuerbehörden, Organe anderer Sozialversicherungen, die für die Quellensteuer zuständigen Behörden, sowie weitere Personen, denen im BVG-Obligatorium ein gesetzliches Akteneinsichtsrecht zusteht im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen und der in Absatz 1 genannten Zwecke bekannt zu geben und Akteneinsicht zu gewähren.</p> <p><i>Datenweitergabe / Gewährung der Einsicht in eigene Akten</i></p> <p>4. Die versicherte Person ermächtigt die VE und ASL im übrigen sämtliche Unterlagen zur Arbeitsunfähigkeit und deren Verlauf, insbesondere auch medizinische Dokumente, der zuständigen IV-Stelle zu übermitteln, um dadurch die Chance auf Wiedereingliederung ins Berufsleben zu erhöhen. Führen neben amtlichen Stellen (wie z.B. IV-Stelle) auch Dritte ein Case- und/oder Care-Management durch, dürfen alle notwendigen Unterlagen auch diesen übermittelt oder von diesen eingesehen werden. Falls erforderlich werden die Daten auch an Mit- und Rückversicherer zur Bearbeitung übermittelt.</p> <p><i>Entbindung von der Schweigepflicht</i></p> <p>5. Die versicherte Person entbindet im Rahmen der vorstehenden Absätze 1 und 2 vorbehaltlos die Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer sowie Spitälern, Heilanstalten etc. von jeglicher Schweigepflicht gegenüber den VE und ASL.</p> <p>Ort und Datum Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen / rechtlichen Vertreters</p> | | |
| Angaben zum Versicherungsverhältnis nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit | Haben Sie einen neuen Arbeitgeber? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Falls ja, Name und Adresse des neuen Arbeitgebers | |
| | Haben Sie Ihre volle Arbeitsfähigkeit wieder erreicht? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Wurde die Arbeit zwischenzeitlich wieder aufgenommen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, wann? ab zu % | |
| Behandelnde Ärzte für das vorliegende Leiden | Name, Adresse | Name, Adresse | |
| | Name, Adresse | Name, Adresse | |
| 3. Säule | Haben Sie bei Allianz Suisse eine Lebensversicherung (Säule 3 a oder 3 b) aus welcher für die vorliegende Arbeitsunfähigkeit Leistungen zur Auszahlung gelangen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Falls ja: Policen-/Schadennummer | | |

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an: Allianz Suisse Leben, Kollektivleben Leistungsdienst, Postfach, 8010 Zürich oder an leistungsdienst@allianz-suisse.ch