

# Meldung Arbeitsunfähigkeit (Formular Arbeitgeber)

Seiten 1 und 2: Auszufüllen durch Arbeitgeber der arbeitsunfähigen Person

## Betrieb

Firma	_____	Postfach	_____
Kontaktperson	_____	Strasse, Nr.	_____
Tel.-Nummer	_____	PLZ, Ort	_____
E-Mail	_____		

## Versicherte Person

Name, Vorname	_____	AHV-Nr.	_____
E-Mail	_____	Strasse, Nr.	_____
Tel.-Nummer	_____	PLZ, Ort	_____
Geburtsdatum	_____ (tt/mm/jjjj)	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Sprache Korrespondenz	<input type="checkbox"/> de <input type="checkbox"/> fr <input type="checkbox"/> it	Sprachkenntnisse	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> begrenzt
Zivilstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Konkubinat	Verheiratet / eingetr. Partnerschaft seit	_____ (tt/mm/jjjj)

## Angaben Arbeitsunfähigkeit (AUF)

Eintrittsdatum Betrieb	_____ (tt/mm/jjjj)	Beginn AUF (genaues Datum!)	_____ (tt/mm/jjjj)
		<b>Kopie Arztzeugnis beilegen (wenn vorhanden)</b>	
Beschäftigungsgrad vor AUF	_____ %		

## Meldung/Anmeldung Drittversicherer:

Anmeldung ist erfolgt bei		Name Versicherung / Ort	
<input type="checkbox"/> Koll. Krankentaggeldversicherung*	Datum: _____	_____	
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung (UVG)*	Datum: _____	_____	
<input type="checkbox"/> Eidg. Invalidenversicherung	Datum: _____		
<input type="checkbox"/> Eidg. Militärversicherung	Datum: _____		

\* Kopien der Anmeldungen und allfälliger Taggeldabrechnungen beilegen

## Angaben Arbeitsverhältnis

Wenn das Arbeitsverhältnis aufgelöst wurde:	durch wen?	_____
	per wann?	am _____ (tt/mm/jjjj)
	welche Gründe?	_____
Ausbildung / erlernter Beruf der versicherten Person		_____
Kurze Beschreibung der vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ausgeübten Tätigkeit		_____

**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 die Fachleute der PKRück interessiert?  Ja  Nein

**Weiterleitung Unterlagen**

---

Bitte leiten Sie die Unterlagen zur Vervollständigung wie folgt weiter:

Vorsorgeeinrichtung: Dieses Meldeformular (Seiten 1–2) inkl. verlangten Kopien Datum Weiterleitung: \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)

Versicherte Person: Schreiben «Information an die versicherte Person», Datum Weiterleitung: \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)  
«Allgemeine Vollmacht» und Ärztefragebogen

**Anmerkungen**

---

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Stempel, Unterschrift \_\_\_\_\_

## Information an die versicherte Person

Guten Tag

Wir sind der Rückversicherer Ihrer Vorsorgeeinrichtung. Diese hat uns mit der Abklärung und Betreuung der Leistungsfälle beauftragt. Ihr Arbeitgeber hat uns mitgeteilt, dass Sie (teilweise) arbeitsunfähig sind.

Damit wir den Anspruch auf Beitragsbefreiung abklären und allfällige spätere Leistungen für Sie berechnen können, benötigen wir folgende Unterlagen:

- Arztfragebogen; bitte leiten Sie das beiliegende Formular an Ihren behandelnden Arzt weiter.
- Vollmacht; bitte senden Sie diese ausgefüllt und unterzeichnet an:  
**PKRück AG, Leistungen, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich**

Wenn Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung unter der Telefonnummer 044 360 50 70.

Wir danken Ihnen und grüssen Sie freundlich.

PKRück  
Lebensversicherungsgesellschaft  
für die betriebliche Vorsorge AG

## Allgemeine Vollmacht

Name Vorsorgeeinrichtung: \_\_\_\_\_

### Vollmachtgeber

Vorname Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

### Vollmachtnehmerin

PKRück

Lebensversicherungsgesellschaft für  
die betriebliche Vorsorge AG

Vaduz

Der Vollmachtgeber bevollmächtigt die Vollmachtnehmerin bezüglich

### Abklärung von Leistungsansprüchen im Rahmen der Sozialversicherungen und insbesondere der beruflichen Vorsorge

betreffend

### Auskunft und Akteneinsicht

zum Erteilen und Einholen von schriftlichen und mündlichen Auskünften (inklusive Herausgabe von Akten zur Einsichtnahme an die nachgenannten Versicherer und Stellen), zur Einsichtnahme in seine Akten bei den zuständigen Versicherungen und Stellen (Eidgenössische Invalidenversicherung, Unfallversicherung, Krankentaggeldversicherung, Arbeitslosenversicherung, ArbeitgeberIn, Rückversicherer der PKRück) und zur Herausgabe von Akten Dritter (Eidgenössische Invalidenversicherung, Unfallversicherer etc.) an die Rückversicherer der PKRück.

### Arztgeheimnis

zum Einholen von Auskünften und Arztberichten seiner behandelnden ÄrztIn und der vertrauensärztlichen Dienste von Privat- und Sozialversicherern mit Entbindung derselben vom Arztgeheimnis.

Diese Vollmacht erlischt nicht mit dem Tod des Vollmachtgebers.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift versicherte Person (Vollmachtgeber)

### Datenschutz

Die Vollmachtnehmerin verpflichtet sich, die ihr anvertrauten Daten ausschliesslich für die in der Vollmacht erwähnten Aufgaben zu verwenden und jederzeit alle Datenschutzbestimmungen der Schweiz einzuhalten. Sie gibt diese Daten nur an Vertragspartner weiter, welche sich zur Einhaltung derselben Restriktionen verpflichten.

Ausgefüllte und unterzeichnete Vollmacht senden an:

**PKRück AG, Leistungen, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich**

# Ärztfragebogen

Es besteht die Möglichkeit, dieses Formular elektronisch auszufüllen und auszudrucken.

[www.pkrueck.com](http://www.pkrueck.com) → Downloads → Kundenformulare → Ärztfragebogen

## Allgemeine Angaben

---

Name Vorsorgeeinrichtung \_\_\_\_\_  
Vorname/Name versicherte Person \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum versicherte Person \_\_\_\_\_  
Adresse versicherte Person \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
Auszug aus der Krankengeschichte seit \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)

## Ursache der Arbeitsunfähigkeit

---

Diagnose \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wann traten die ersten Symptome diesbezüglich auf? \_\_\_\_\_

### Bei Unfall:

Unfalldatum \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)      Art des Unfalls \_\_\_\_\_  
Waren beim Unfall Drittpersonen beteiligt?       ja     nein

## Ambulante Behandlung

---

durch Sie vom \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj) bis \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)  
vor Ihnen durch Dr. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)  
nach Ihnen durch Dr. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)  
Seit wann kennen Sie den Patienten/die Patientin? \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)  
Ist die versicherte Person regelmässig bei Ihnen in Behandlung?     ja     nein  
Wenn ja, weswegen? \_\_\_\_\_

## Stationäre Behandlung

---

Wo? \_\_\_\_\_  
Eintrittstag \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)      Entlassungstag \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)

## Anamnese und Verlauf des Falles

---

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Art und Dauer der Behandlung \_\_\_\_\_  
Medikation (einschliesslich Dosis) \_\_\_\_\_  keine  
Evtl. frühere Krankheiten und Unfälle \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Grad und Dauer Arbeitsunfähigkeit**

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%**):

\_\_\_\_\_ % vom \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj) bis \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)  
 \_\_\_\_\_ % vom \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj) bis \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)  
 \_\_\_\_\_ % vom \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj) bis \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)  
 \_\_\_\_\_ % vom \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj) bis \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)

**Andere zumutbare Arbeit**

Kommt eine andere zumutbare Arbeit in Frage?  ja  nein  
 Wird eine neue Tätigkeit ausgeübt?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)  
 Unfähigkeitsgrad in der neuen Tätigkeit \_\_\_\_\_ % vom \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj) bis \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)

**IV / UV / EMV**

Ist eine Meldung bei der IV erfolgt (Früherfassung)?  ja  nein  
 Wenn nein, wieso nicht? \_\_\_\_\_  
 Ist eine Anmeldung erfolgt?  ja  nein  
 Wenn ja, bei wem?  IV  UV  EMV  
 Datum der Meldung/Anmeldung \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)

**Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit**

Kann mit Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden?  ja  nein  
 Wenn ja, ab \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj) zu \_\_\_\_\_ %  
 Sind berufliche Massnahmen oder ein Case Management sinnvoll?  ja  nein  
 Wenn ja, in welcher Form? \_\_\_\_\_  
 (z.B. Umschulung, Coaching, Berufsberatung) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**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 (Artikel 6 ATSG).

**Arzthonorar:**  
 Arztbericht CHF 45.-  
 Arztbericht mit weiteren Angaben CHF 65.-

Arztzeugnis und Einzahlungsschein senden an: **PKRück, Vertrauensärztlicher Dienst, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich**