

Berufliche Vorsorge Meldung einer Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit (Pensionskasse / Vorsorgestiftung)

Referenz	Name Firma
Anschluss-Nr. G	Policen-Nr.

Versicherte Person

Name	Vorname
Strasse, Nr.	PLZ, Ort (wo angemeldet?)
Land	Geburtsdatum
Zivilstand	AHV-Nr.
Staatsangehörigkeit	Aufenthaltsbewilligung / Niederlassungsbewilligung
Geschlecht <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich	Telefon (Festnetz / Mobile)
Erlerner Beruf	Ausgeübter Beruf

Angaben zum Arbeitsverhältnis

Beginn Arbeitsverhältnis	Selbstständigerwerbend <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Angestellt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Arbeitsverhältnis gekündigt? Falls ja, per wann? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Grund der Kündigung?	
Kündigung erfolgte durch wen? <input type="checkbox"/> Arbeitgeber:in <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer:in	Betriebsübliche Arbeitszeit (Stunden je Woche)	
Arbeitszeit der versicherten Person Tage je Woche <input type="text"/> Stunden je Woche <input type="text"/>		

Angaben zur Arbeitsunfähigkeit

Wann wurde die Arbeit niedergelegt?	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit Monate <input type="text"/> Tage <input type="text"/>
Wurde die Arbeit zwischenzeitlich wieder aufgenommen? Wenn ja, wann? <input type="checkbox"/> Ja, ab <input type="text"/> zu <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> Nein	
Art der Krankheit	Bei Schwangerschaft, errechneter Geburtstermin
Bei Unfall, betroffene Körperstelle(n)	Unfalldatum

Arbeitsunfähigkeitsgrade	%	ab	%	ab
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	%	ab	%	ab
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
%	ab	%	ab	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
%	ab	%	ab	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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 Nein

Bitte stellen Sie uns die entsprechenden Verfügungen / Abrechnungen in Kopie zu.

Krankentaggeldversicherung, Kontaktadresse

Obligatorische Unfallversicherung nach UVG, Kontaktadresse

Invalidenversicherung, zuständige IV-Stelle

Militär- oder Arbeitslosenversicherung, Kontaktadresse

Private Versicherung, Kontaktadresse

Datenschutz Weitere Informationen, auch zu weiteren Nutzungen und Empfängern Ihrer Daten und zu Ihren Rechten, finden Sie in unserer Datenschutzerklärung (allianz.ch/privacy).




Unterschrift

Ort und Datum	Stempel und Unterschrift Arbeitgeber:in
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte leiten Sie dieses Formular (alle Seiten) 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

	Leistungsfallnummer	Name Firma	AHV-Nr.
Vollmacht / Einwilligungs- erklärung	Name	Vorname	
Behandelnde Ärztinnen und Ärzte für das vorliegende Leiden	Name, Adresse		
	Name, Adresse		
Zweck	Die Vorsorgeeinrichtung(en) (nachstehend VE) und die 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 die ASL es selbst tun dürften, und die derselben gesetzlichen und vertraglichen Geheimhaltungspflicht unterliegen wie die VE und die ASL.		
Datenbeschaffung	Die versicherte Person ermächtigt die VE und die ASL, bei öffentlich- und privatrechtlichen Versicherungsträgern wie Arbeitslosenkassen, Krankenkassen, privaten Krankentaggeldversicherern, Unfallversicherern, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen, bei der Militärversicherung sowie bei Ärztinnen und 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 medizinischer Berichte und Gutachten) Einsicht zu nehmen.		
Datenbekanntgabe und Akteneinsicht	Die VE und die ASL sind berechtigt, alle die versicherte Person betreffenden Daten einschliesslich besonders schützenswerter 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, Betreibungsämter, 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.		
Datenweitergabe / Gewährung der Einsicht in eigene Akten	Die versicherte Person ermächtigt die VE und die 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.		
Entbindung von der Schweigepflicht	Die versicherte Person entbindet im Rahmen der vorstehenden Absätze 1 und 2 vorbehaltlos die Ärzteschaft oder Ärztinnen und Ärzte und andere medizinische Leistungserbringende sowie Spitäler, Heilanstalten etc. von jeglicher Schweigepflicht gegenüber den VE und der ASL. Ebenso entbindet die versicherte Person sämtliche Sozial- und privatrechtliche Versicherungen vorbehaltlos von ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht gegenüber den VE und der ASL.		
Datenschutz	Weitere Informationen, auch zu weiteren Nutzungen und Empfängern Ihrer Daten und zu Ihren Rechten, finden Sie in unserer Datenschutzerklärung (allianz.ch/privacy).		
Unterschrift	Ort und Datum	Unterschrift der versicherten Person oder der gesetzlichen / rechtlichen Vertretung	