

Meldung Arbeitsunfähigkeit

Pensionskasse
Gärtner & Floristen
Ifangstrasse 8
8952 Schlieren

1. Personalien des Versicherten:

Vorname

AHV-Nr.

Nachname

Zivilstand

Strasse

Telefonnummer

PLZ / Ort

Mail

2. Beginn und Ursache der Arbeitsunfähigkeit:

Ursache der Arbeitsunfähigkeit

Krankheit

Unfall

Bemerkungen

Beginn der Arbeitsunfähigkeit / Datum des Unfalls

Tag / Monat / Jahr

Beschäftigungsgrad vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit:

100%

_____%
Teilzeitpensum

3. Angaben zur Taggeldversicherung im Betrieb / des Arbeitgebers

Besteht eine Taggeldversicherung bei Krankheit und / oder Unfall? Ja Nein

.....
Name der Krankentaggeldversicherung oder der Unfallversicherung

.....
Strasse

.....
PLZ / Ort

.....
Policennummer der Krankentaggeld- / Unfallversicherung

4. Vollmacht und Unterschrift

Im Hinblick auf die Abklärung des Anspruchs, die Prüfung der Leistungsberechtigung der versicherten Person oder weiterer Anspruchsberechtigter und die Durchführung des Rückgriffs auf Dritte, gegen welche der versicherten Person oder deren Hinterbliebenen aus diesem Versicherungsfall Schadenersatzansprüche zustehen könnten, ermächtigt die unterzeichnende Person die Pensionskasse Vorsorge Gärtner & Floristen (respektive proparis) ausdrücklich:

- alle zur Abklärung des Leistungs- und Regressanspruchs notwendig erscheinenden Auskünfte und Unterlagen bei Krankenkassen, Krankentaggeldversicherern, Unfallversicherern, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen, Lebensversicherern, Arbeitslosen-, Haftpflicht- und Militärversicherungen, Ärzten, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten und Chiropraktikern sowie Spitälern, Heilanstalten, Arbeitgebern und anderen Personen / Institutionen direkt einzuholen.

Die Ärzte und die genannten Institutionen und Personen werden damit von ihrem Berufsgeheimnis bzw. ihrer ärztlichen oder gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der Pensionskasse Vorsorge Gärtner & Floristen (respektive proparis) vorbehaltlos entbunden.

- die für die Schaden- und Regressabwicklung notwendig erscheinenden Daten an Dritte, mitbeteiligte Versicherer, in- und ausländische Rückversicherer oder allfällige Einzellebensversicherer und die zuständige IV-Stelle weiterzuleiten und von diesen die erforderlichen Auskünfte einzuholen.

- eigene Gutachten in Auftrag zu geben.

Sofern der versicherten Person oder deren Hinterbliebenen gegenüber Dritten, welche für den Versicherungsfall haften, Schadenersatzansprüche aus diesem Versicherungsfall zustehen, werden hiermit sämtliche Ansprüche bis auf die Höhe der reglementarischen Leistungen an die leistungspflichtige Vorsorgeeinrichtung abgetreten.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift der / des Versicherten

Das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular bitte zusammen mit dem vom behandelnden Arzt ausgefüllten Formular „Ärztliches Zeugnis über die Arbeitsunfähigkeit“ an die Pensionskasse senden.

*** Bitte beachten Sie, dass gemäss unserem Reglement die Kosten für beizubringende Unterlagen (wie z.B. Arztzeugnis) zu Ihren Lasten gehen.**