



Arbeitsunfähigkeitsmeldung (Formular Arbeitgeber)

Firma _____ Vertrags-Nr. _____

Ansprechperson _____ Direktwahl _____

Angaben über die versicherte Person

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Sozialvers.-Nr. 756. _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Tel.-Nr. _____

Angaben zum Arbeitsverhältnis

Beschäftigungsgrad im Betrieb vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit _____ %

AHV-Jahreslohn der versicherten Person bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit CHF _____

Wird die versicherte Person durch mehrere Arbeitgeber beschäftigt? ja nein

Wenn ja, durch welche? _____

Wurde oder wird das Arbeitsverhältnis aufgelöst? ja nein

Wenn ja, durch wen? _____

Per wann? _____

Welche Gründe? _____

Angaben zur Arbeitsunfähigkeit (AUF)

AUF infolge Krankheit Unfall inkl. Berufskrankheiten nach UVG

Beginn der AUF _____ Kopien der Arztzeugnisse beilegen (wenn vorhanden)

Handelt es sich um einen Rückfall? ja, erstmalige Erkrankung von _____ bis _____
 nein

Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit **bei einem Beschäftigungsgrad von 100%**.

Grad der AUF _____ % von _____ bis _____

Grad der AUF _____ % von _____ bis _____

Grad der AUF _____ % von _____ bis _____

Grad der AUF _____ % von _____ bis _____

Mitbeteiligte Versicherungseinrichtungen

Meldung an die eidgenössische Invalidenversicherung erfolgt? (Betrifft Früherfassung) ja, am _____ nein

Anmeldung für den Leistungsbezug:

Koll. Krankentaggeldversicherung am _____ Unfallversicherung (UVG) am _____

Eidg. Invalidenversicherung am _____ Eidg. Militärversicherung am _____

Kontakt Koll. Krankentaggeldversicherung / Unfallversicherung:

Name der Versicherung _____ Postfach _____

Policennummer _____ Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Wir bitten Sie uns Kopien bereits vorhandener sowie künftiger Taggeldabrechnungen und/oder Verfügungen weiterzuleiten.

Bemerkungen/Hinweise

Hinweise

Ist eine versicherte Person in einem Zeitraum von 90 Tagen länger als 60 Tage zu mindestens 40% arbeitsunfähig, muss sie gemeldet werden.

Zeitgleich mit der Meldung an die Swisscanto Flex Sammelstiftung fordern Sie bitte die versicherte Person auf, sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zur Früherfassung zu melden. Diese zielt darauf ab, ohne Verzug mit der versicherten Person, deren Arbeitsfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt ist und bei der die Gefahr einer chronischen gesundheitlichen Beschwerde besteht, in Kontakt zu treten. Arbeitgeber der versicherten Person sind meldeberechtigt. Die Meldung kann auch ohne das Einverständnis der versicherten Person erfolgen, sofern diese vorgängig darüber informiert wurde. Das Meldeformular (001.100 – Meldeformular für Erwachsene: Früherfassung) finden Sie auf der Website www.ahv-iv.ch. Die Meldung zur Früherfassung gilt nicht als Anmeldung für Leistungen der IV.

Wir bitten Sie die nachfolgenden Seiten (Formular versicherte Person) Ihrer Mitarbeiterin oder Ihrem Mitarbeiter mit dem Hinweis zukommen zu lassen, dass dieses direkt an die Swisscanto Flex Sammelstiftung einzureichen ist.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Firma

Bitte senden Sie dieses vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular samt Beilagen (Arztzeugnisse, Kranken- oder Unfalltaggeldabrechnungen) per Post an folgende Adresse:

Swisscanto Flex Sammelstiftung
der Kantonalbanken
Geschäftsstelle
Postfach
8152 Glattbrugg

Arbeitsunfähigkeitsmeldung (Formular versicherte Person)

Arbeitgeber _____

Angaben über die versicherte Person

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Sozialvers.-Nr. 756. _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Tel.-Nr. _____ Erlerner Beruf _____

Ausgeübte Tätigkeit _____

Bei Teilzeitangestellten: Beruht das Teilzeitpensum auf gesundheitlichen Gründen? ja nein

Wenn ja, welchen? _____

Kinder

Haben Sie minderjährige oder in Ausbildung stehende volljährige Kinder?

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Sozialvers.-Nr. 756. _____

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Sozialvers.-Nr. 756. _____

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Sozialvers.-Nr. 756. _____

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Sozialvers.-Nr. 756. _____

Bitte bei volljährigen Kinder Ausbildungsbestätigungen beilegen.

Angaben zur Arbeitsunfähigkeit (AUF)

Beginn der AUF _____

Diagnose _____

Behandelnde Ärzte

Namen und Adressen _____
(inkl. Abteilungen von _____
Krankenhäusern) _____

Bitte Kopien bereits vorhandener Arztberichte, Arztzeugnisse, Unfallscheine und Kranken- oder Unfalltaggeldabrechnungen beilegen.

Zahlstelle

Fällige Renten sind auf folgende Zahlstelle zu vergüten:

Zahlungsverbindung Post Bank IBAN _____

Name der Bank _____ Adresse _____

Bemerkungen

Vollmacht

Der Vollmachtgeber bevollmächtigt die Vollmachtnehmerin Swisscanto Flex Sammelstiftung bezüglich Abklärungen von Leistungsansprüchen im Rahmen der Sozialversicherungen und insbesondere der beruflichen Vorsorge

betreffend

Entbindung vom Berufs- bzw. Amtsgeheimnis sowie Recht auf Akteneinsicht

Die unterzeichnende Person ermächtigt die Swisscanto Flex Sammelstiftung und dessen Rückversicherer alle zur Prüfung des Leistungsanspruchs nötigen Akten und Auskünfte direkt einzuholen; dies bei ihr notwendig erscheinenden Ärzten, medizinischen Leistungserbringern, vertrauensärztlichen Diensten von Privat- und Sozialversicherungen, Spitälern, Heilanstalten und ähnlichen Einrichtungen. Ärzte und genannte Institutionen sind daher von der Schweigepflicht bzw. Berufsgeheimnis gegenüber der Swisscanto Flex Sammelstiftung und deren Rückversicherer vorbehaltlos entbunden. Die unterzeichnende Person entbindet zudem Krankenkassen, Krankenversicherer, Krankentaggeldversicherer, Unfallversicherer, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen, Amtsstellen und Behörden (z.B. Sozialamt, Sozial- und Fürsorgedienst), Lebensversicherungen, Arbeitslosenkassen und andere beteiligte Privatversicherer und deren Personal von ihrer Geheimhaltungspflicht und ermächtigt sie, Swisscanto Flex Sammelstiftung und dessen Rückversicherer Auskunft zu erteilen sowie Einsicht in ihre Akten zu geben und Kopien von Unterlagen zu überlassen.

Weiterleitung von eigenen Akten und Auskunftserteilung

Die unterzeichnende Person ermächtigt die Swisscanto Flex Sammelstiftung Unterlagen über den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit und Akten zur Anspruchsprüfung, insbesondere medizinische Akten, ihrem Rückversicherer, ihren Vertrauensärzten, medizinischen Abklärungsstellen, (Sozial-)Versicherungsträgern, anderen Haftpflichtigen oder deren Haftpflichtversicherern (zur Begründung von Regressen) und Amtsstellen zu übermitteln sowie schriftliche und mündliche Auskünfte zu erteilen. Die Geltendmachung von Leistungsansprüchen muss unabhängig von dieser Ermächtigung durch die versicherte Person respektive ihren Vertretern erfolgen.

Swisscanto Flex Sammelstiftung und ihr Rückversicherer verpflichten sich, die erhaltenen Informationen und Unterlagen gemäss dem Datenschutzgesetz zu behandeln. Diese Vollmacht erlischt nicht mit dem Tod des Vollmachtgebers.

Mit nachfolgender Unterschrift erteilt der/die Unterzeichnende die obgenannte Vollmacht in vollem Umfang und bestätigt die Vollständigkeit und Richtigkeit der in der Arbeitsunfähigkeitsmeldung gemachten Angaben.

_____	_____	_____
Name und Vorname der versicherten Person	Sozialversicherungsnummer	Geburtsdatum
_____	_____	
Ort, Datum	Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters (Ernennungsurkunde einreichen)	

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular samt Beilagen (Ausbildungsbescheinigungen volljähriger Kinder, Arztzeugnisse und -Berichte, Kranken- oder Unfalltaggeldabrechnungen) per Post an folgende Adresse:

Swisscanto Flex Sammelstiftung
der Kantonalbanken
Geschäftsstelle
Postfach
8152 Glattbrugg