

Meldung Arbeitsunfähigkeit Blatt 1/3

durch versicherte Person auszufüllen

Vertrag-Nummer

Angaben über Arbeitgeber

Firma

PLZ und Ort

Personalien der versicherten Person

Name / Vorname

AHV-Nr.

Geburtsdatum

Geschlecht

weiblich

männlich

Zivilstand

ledig

verheiratet

geschieden

verwitwet

registrierte Partnerschaft

Konkubinat (Partner zu Lebzeiten an Loyalis gemeldet)

Strasse

PLZ und Ort

Telefon

Kontaktangaben allfällige/r Vertreter/in

Name / Vorname

Telefon

Strasse

PLZ und Ort

Angaben Kinder

(unter 18 resp.
unter 25 und noch
in Ausbildung)

Name / Vorname

Geburtsdatum

Ereignis

Geburtsgebrechen

Krankheit

Unfall

Case Management gewünscht

(Früherkennung, Leistungsfall verhindern). Bitte legen Sie dieser Meldung eine Beschreibung des Sachverhaltes bei.

Behandelnder Arzt

Name

Strasse

PLZ und Ort

Meldung Arbeitsunfähigkeit Blatt 2/3

durch versicherte Person auszufüllen

Personalien
der versicherten
Person

Name / Vorname

Vertrag-Nummer

Ergänzung zur Meldung Arbeitsunfähigkeit

1. Woran leiden Sie (Diagnose der Krankheit, resp. Art der Unfallverletzung)?
2. Wann haben Sie in diesem Zusammenhang erstmals einen Arzt konsultiert?
3. Welche Behandlungen wurden vorgenommen und wann (Therapien, Operationen, etc.)?
4. Welche Behandlungen stehen noch an? Welcher Arzt wird diese durchführen? Wann?
5. Wie schätzen Sie den weiteren Heilungsverlauf ein?
6. Wann denken Sie, dass Sie die Arbeit wieder (teilweise) aufnehmen können?
7. Ist aufgrund der Diagnose eine zukünftige Arbeitsunfähigkeit von mehr als 6 Monaten möglich? ja nein
8. Ist aufgrund der Diagnose eine bleibende (Teil-)Invalidität (d.h. dauerhafte Erwerbseinschränkung) möglich? ja nein
9. Wenn ja: Wurde der Fall im Zusammenhang mit Umschulungsmassnahmen der IV angemeldet?
10. Wurden weitere Massnahmen zur Wiedereingliederung getroffen? Z. B. durch Case-Management des Kranken- resp. Unfallversicherers? Wenn Ja: Welche? Wenn Nein: Warum nicht? ja nein

Bemerkungen
zu den
vorerwähnten
Fragen:

Bitte zusätzliche Unterlagen beilegen:

unterzeichnete Vollmacht für die Pensionskasse (gemäss Beilage), allfällige Taggeldabrechnungen, Arztzeugnisse, IV- oder UVG-Verfügungen usw. sowie eine Kopie des Familienbüchleins!

Die Fragen sind nach bestem Wissen **vollständig** und **wahrheitsgetreu** zu beantworten. Die Meldung eines Leistungsfalles ist fristgerecht und vollständig vorzunehmen. Verspätete, unwahre oder unvollständige Meldungen können zu einer Reduktion oder Verweigerung von Leistungen führen! Wir weisen auf die Bestimmungen im Rahmenreglement.

Das Formular ist umgehend **«Vertraulich»** zu senden an:

Loyalis BVG-Sammelstiftung
Leistungsdienst
Postfach 527
7004 Chur

Ort und Datum:

Unterschrift versicherte Person:

Meldung Arbeitsunfähigkeit Blatt 3/3

durch versicherte Person auszufüllen

**Personalien
der versicherten
Person**

Name / Vorname

Vertrag-Nummer

Vollmacht für die Pensionskasse

**a) andere
Versicherer**

Im Hinblick auf die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung der/des Versicherten, ermächtigt der/die Unterzeichnete die Loyalis BVG-Sammelstiftung respektive deren Rückversicherer ausdrücklich, bei sämtlichen in diesen Leistungsfall involvierten öffentlich- und privatrechtlichen Versicherungsträgern als da sind Krankenkassen, Krankenversicherer, Krankentaggeldversicherer, Unfallversicherer, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen etc. die erforderlichen Auskünfte einzuholen und insbesondere die relevanten Akten einzusehen (bspw. medizinische Gutachten und Berichte anderer Institutionen wie der Berufsberatung).

**b) Ärzte und
andere medizini-
sche Leistungs-
erbringer**

Ebenso wird die Loyalis BVG-Sammelstiftung respektive deren Rückversicherer mit nachfolgender Unterschrift ermächtigt, die ihr notwendig erscheinenden Auskünfte bei Ärzten und anderen medizinischen Leistungserbringern sowie Spitälern; Heilanstalten etc. einzuholen. Die Ärzte und die genannten Institutionen sind daher von der Schweigepflicht gegenüber der Loyalis BVG-Sammelstiftung respektive deren Rückversicherer vorbehaltlos entbunden.

**c) Weiterleitung
der eigenen
Akten**

Im weiteren ermächtigt der/die Unterzeichnete die Loyalis BVG-Sammelstiftung respektive deren Rückversicherung, Unterlagen über den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit, insbesondere medizinische Dokumente, der zuständigen IV-Stelle zu übermitteln, um dadurch die Chance der Wiedereingliederung ins Berufsleben zu erhöhen. Dieses Vorgehen ersetzt jedoch nicht die Anmeldung bei der IV, die durch die versicherte Person selber vorgenommen werden muss.

Name, Vorname der/des Versicherten:

AHV-Nr.

Geburtsdatum

**Mit nachfolgender Unterschrift erteilt die/der Unterzeichnende
die obgenannte Vollmacht in vollem Umfang (a bis c).**

Ort und Datum:

Unterschrift der/des Versicherten oder
des gesetzlichen Vertreters: