Telefon +41 44 224 20 60 Telefax +41 44 224 20 61 info@promedico.ch www.promedico.ch

Auszufüllen durch Arbeitgeber

Meldung Arbeitsunfähigkeit

Seiten 1 bis 3: Auszufüllen durch Arbeitgeber Referenz Arbeitgeber Vertragssnummer Strasse, Nr. Kontaktperson Postfach Tel.-Nummer PLZ, Ort E-Mail Versicherte arbeitsunfähige Person Name. Vorname Sozialvers.-Nr. Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) Strasse, Nr. PLZ, Ort Geschlecht weiblich männlich Tel.-Nummer Sprache Korrespondenz de fr □ verheiratet □ eingetragene Partnerschaft Zivilstand Verheiratet /eingetragene Partnerschaft seit (TT.MM.JJJJ) ledig geschieden verwitwet Geschieden /eingetragene Partnerschaft aufgelöst seit (TT.MM.JJJJ) Kontaktangaben allfällige/r Vertreter/in Name, Vorname Strasse, Nr. Tel.-Nummer PLZ, Ort Ehegatte/Partner Name, Vorname Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) Geschlecht w m Kinder Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) Name, Vorname Geschlecht w m Name, Vorname Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) Geschlecht w m Name, Vorname Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) Geschlecht w m Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit eine Krankheit einen Unfall oder eine Berufskrankheit Die Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit ist zurückzuführen auf Art der Krankheit / des Unfalls Angaben zur Arbeitsunfähigkeit (AUF) Beginn AUF (genaues Datum!) (TT.MM.JJJJ) Eintrittsdatum Betrieb (TT.MM.JJJJ) Kopie Arztzeugnis beilegen (falls vorhanden) Beschäftigungsgrad (BG) vor AUF BG nach Eintritt der Teilarbeitsunfähigkeit % AHV-pflichtiger Jahreslohn bei Beginn AUF

Telefon +41 44 224 20 60 Telefax +41 44 224 20 61 info@promedico.ch www.promedico.ch

let eine Meldung an die		(Erüborfoogung)			
Ja, am (TT.MM.JJJJ)	Eidg. Invalidenversicherung erfolgt? (Wenn ja, durch	n wen?		
				Kopie Meldung beilegen (falls vo	rhand
Anmeldung ist erfolgt be	ei 🗌 Koll. Krankentaggeldversicheru	ıng* Datı	ım Anm	eldung (TT.MM.JJJJ)	
	☐ Unfallversicherung (UVG)*	Datu	ım Anm	eldung (тт.мм.уууу)	
	Eidg. Invalidenversicherung	Datu	ım Anm	eldung (тт.мм.уууу)	
	Eidg. Militärversicherung	Datu	ım Anm	eldung (тт.мм.уууу)	
		* Kopien der Anmelde	ungen und	allfälliger Taggeldabrechnungen	beile
Kontakt kollektive Kran	kentaggeldversicherung / Unfallversich	nerung			
Name Versicherung		Strasse, Nr.			
Policennummer		Postfach			
		PLZ, Ort			
Letzter effektiver Arbeit Falls angestellt, wird di bei Ihnen beschäftigt? Ausbildung / erlernter E	das Arbeitsverhältnis aufgelöst: durch wen?: per wann?: welche Gründe?: stag vor Arbeitsunfähigkeit e versicherte Person weiterhin Beruf der versicherten Person er vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit	am (TT.MM.JJJJ)			
-	ach Eintritt des Gesundheitsschadens				
		ab (TT.MM.JJJJ)			
Angaben Case Manag	jement				
Ist bereits ein Case Ma involviert?	nager einer anderen Versicherung	□ ja □ n	ein		
Wenn ja, welche Versio	herung und Name Case Manager?				
Bestehen Umplatzierur	ngsmöglichkeiten in Ihrem Betrieb?	☐ ja ☐ n	ein		
Wenn ja: Wurden solch	e betriebsintern bereits geprüft?	☐ ja ☐ n	ein		
Sind Sie diesbezüglich durch Fachleute interes	-	□ ja □ n	ein		

weiter:	
Datum Weiterleitung: (TT.MM.JJJJ)	
21 Zürich	
Datum Weiterleitung: (TT.MM.JJJJ)	
	21 Zürich

Eine allfällige Auflösung des Arbeitsverhältnisses entbindet Sie nicht von der Auskunfts- und Meldepflicht. Gemäss dem Vorsorgereglement sind Sie verpflichtet, eine (Teil-)Arbeitsunfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.

Telefon +41 44 224 20 60 Telefax +41 44 224 20 61 info@promedico.ch www.promedico.ch

Information an die versicherte Person

Ihr Arbeitgeber hat uns mitgeteilt, dass Sie (teilweise) arbeitsunfähig sind. Damit der Anspruch auf Beitragsbefreiung abgeklärt und allfällige spätere Leistungen für Sie berechnet werden können, werden folgende Unterlagen benötigt:

- Arztzeugnis-Formular; bitte leiten Sie das beiliegende Formular an Ihren behandelnden Arzt weiter.
 Dieser wird das ausgefüllte Arztzeugnis-Formular dem ärztlichen Dienst des Rückversicherers der Pro Medico Stiftung zustellen.
- Vollmacht; bitte senden Sie die Vollmacht an die Pro Medico Stiftung, Löwenstrasse 25, Postfach, 8021 Zürich

Wenn Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen unter der Telefonnummer +41 44 224 20 60 oder der E-Mail-Adresse info@promedico.ch gerne zur Verfügung.

Wir danken Ihnen für Ihre Bemühungen und grüssen Sie freundlich. Pro Medico Stiftung

Telefon +41 44 224 20 60 Telefax +41 44 224 20 61 info@promedico.ch www.promedico.ch

Vollmacht / Einwilligungserklärung

Vollmachtgeber		Vollmachtnehmerinnen
Vorname Name:		Pro Medico Stiftung, Zürich
AHV-Nr.:		. Axa Leben AG, Winterthur
Strasse:		Swiss Life AG, Zürich
PLZ Ort:		PKRück Lebensversicherungsgesellschaft für die betriebliche Vorsorge AG, Vaduz
		Dritte als Case- und/oder Care-Manager
Ich ermächtige die	e Vollmachtnehmerinnen bezüglich Arbeitsu	unfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität
Auskunft und Akte	eneinsicht bei anderen Versicherungen	
einrichtungen und und die relevanter beurteilen und zu	d Arbeitslosenversicherungen die erforderl n Unterlagen einzusehen und einzufordern,	versicherer, Unfalltaggeldversicherer, IV-Stellen, Vorsorge- ichen und notwenig erscheinenden Auskünfte einzuholen, um die Leistungsansprüche des/der Unterzeichnenden zu en anderer Versicherungen zu koordinieren und das Rück- en.
Dateneinsicht bei	<u>Ärzten und anderen medizinischen Leistung</u>	serbringern, Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht
dere Physiotherap ten von Privat- un levanten Unterlag medizinischen Le vorbehaltlos von o	beuten, Chiropraktikern, Psychologen, Spitä d Sozialversicherungen die erforderlichen u gen einzusehen und einzufordern. Der/ istungserbringer und die vertrauensärztlich	anderen medizinischen Leistungserbringern wie insbeson- alern und Heilanstalten oder bei vertrauensärztlichen Diens- und notwenig erscheinenden Auskünfte einzuholen und re- die Unterzeichnende entbindet die Ärzte, die anderen hen Dienste von Privat- und Sozialversicherungen hiermit achtnehmerinnen und gegenüber allfälligen Dritten, welche
Datenweitergabe	und Gewährung der Einsicht	
medizinische Dok ins Berufsleben zu Management durc	umente, der zuständigen IV-Stelle zu über u erhöhen. Führen neben der IV oder ande	Arbeitsunfähigkeit und deren Verlauf, insbesondere auch mitteln, um dadurch die Chancen auf Wiedereingliederung ren amtlichen Stellen auch Dritte ein Case- und/oder Care-Unterlagen, insbesondere auch medizinische Dokumente,
Ort und Datum		Unterschrift versicherte Person

Ausgefüllte und unterzeichnete Vollmacht senden an: Pro Medico Stiftung, Löwenstrasse 25, Postfach, 8021 Zürich

Die Vollmachtnehmerinnen unterstehen der Geheimhaltungspflicht. Sie betrauen nur Personen mit der Fall- und/oder Datenbearbeitung, welche eine im Rahmen ihrer Arbeit geltende Verschwiegenheitserklärung unterzeichnet haben oder einer amtlichen Schweigepflicht unterstehen. Die Geheimhaltung wird während und auch nach Beendigung der Abklärun- gen gewahrt. Persönliche Informationen der versicherten Person dürfen ohne deren Einwilligung keiner Drittperson weiter gegeben werden und auch sonst in keiner Weise für Zwecke, die sich nicht aus dieser Vollmacht / Einwilligungserklärung ergeben, nutzbar gemacht werden.

Telefon +41 44 224 20 60 Telefax +41 44 224 20 61 info@promedico.ch www.promedico.ch

Arztzeugnis

(Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen)			
Name Vorsorgeeinrichtung: Pro Medico Stiftung			
Vorname versicherte Person			
Name versicherte Person		SozialversNr.	
Adresse	Arbeitge	eber	
Auszug aus der Krankengeschichte seit:			
Ursache der Arbeitsunfähigkeit Diagnose			
Wann traten die ersten Symptome diesbezüglich Bei Unfall bitte Unfalldatum und Art des Unfalles			
Wurde der Unfall durch eine Drittperson verursa	cht?	☐ ja ☐ nein	
2. Ambulante Behandlung			
durch Sie vom	bis		
vor Ihnen durch Dr.	in		seit
nach Ihnen durch Dr.	in		seit
Coit warm kannan Cia dan Datiantan/dia Datiant	in? Seit		
Seit wann kennen Sie den Patienten/die Patient			
Ist die versicherte Person regelmässig bei Ihnen		ja 🗌 nein	
		' □ ja □ nein	
Ist die versicherte Person regelmässig bei Ihnen		' □ ja □ nein	

Telefon +41 44 224 20 60 Telefax +41 44 224 20 61 info@promedico.ch www.promedico.ch

4.	Anamnese und Verlauf des Falles							
	Art und Dauer der Behandlung							
			alche					
	Medikation (cirisonicssiion bosic	Medikation (einschliesslich Dosis) keine Welche						
	ventuelle frühere Krankheiten und Unfälle							
_								
5.	Aktuelle Symptome/aktueller Z	ustand/Prognose						
6.	Grad und Dauer der Arbeitsunf	ähigkeit bezogen auf c	lie bisher ausgeübte Tät	igkeit				
	(unabhängig von der Arbeitsmarkt- und Wi	rtschaftslage bei einem Beschä	iftigungsgrad von 100%)					
	% vom	bis						
	% vom	bis						
	% vom	bis						
	% vom	bis						
_								
7.	Kommt eine andere zumutbare	Arbeit in Frage?	☐ ja ☐ nein					
	Wird eine neue Tätigkeit ausgeül	ot?	☐ ja ☐ nein					
	Wenn ja, welche?		·	seit				
	Unfähigkeitsgrad in der neuen Tä	ätigkeit %	von	bis				
_								
8.	IV / UV / EMV							
	Ist eine Meldung (Früherfassung	bei der IV erfolgt)?	☐ ja ☐ nein					
	Ist eine Anmeldung erfolgt?		☐ ja ☐ nein					
	Wenn ja, bei wem?		□ IV □ UV	EMV				
	Datum der Meldung/Anmeldung							

Telefon +41 44 224 20 60 Telefax +41 44 224 20 61 info@promedico.ch www.promedico.ch

	Kann mit einer Wiederaufnahn bzw. Erhöhung der Einsatzfäh			? □ ja	nein		
	Wenn ja,			ab		zu	%
	Sind berufliche Massnahmen an	gezeigt	?	□ ja	nein		I
	Wenn ja, welche und durch wen	?		,			
10	. Sonderfragen, Bemerkunger	1					
	<u> </u>						
Or	t, Datum			Stempel, Un	terschrift		
vol	finition Arbeitsunfähigkeit: Arbeitsunfähi le oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen einem anderen Beruf oder Aufgabenbereic	Beruf ode	er Aufgabenbereich zum				_
Ar	zthonorar:						
Κι	ırzbericht	CHF	60				
Вє	ericht mit weiteren Angaben	CHF	80				
Be	esonders zeitraubender Bericht	CHF	140				

Arztzeugnis senden an: Pro Medico Stiftung, Löwenstrasse 25, Postfach, 8021 Zürich