

Meldung Arbeitsunfähigkeit (Formular Arbeitgeber)

Arbeitgeber- angaben	→ Name	→ Kontaktperson
	→ Firmen-Nr.	→ Tel.-Nummer
		→ PLZ/Ort

Personalien des Versicherten	→ Name	Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> Partnerschaft
	→ Vorname			<input type="checkbox"/> geschieden
	→ Adresse			<input type="checkbox"/> verheiratet
	→ 756. Sozialversicherungsnummer (13-stellig)	→ Telefonnummer		<input type="checkbox"/> verwitwet

Kontaktangaben allfällige/r Vertreter	→ Name	→ Strasse / Nr.
	→ Vorname	→ PLZ/Ort
	→ Verwandtschaftsgrad	→ Tel.-Nummer

Vollmacht beilegen

Kind 1	→ Name, Vorname	→ Geburtsdatum	→ Geschlecht
Kind 2	→ Name, Vorname	→ Geburtsdatum	→ Geschlecht

Angaben Arbeitsunfähig- keit (AUF)	→ Firmeneintrittsdatum	→ Beginn AUF (genaues Datum)	Kopie Arztzeugnis beilegen
	→ Lohnfortzahlung bis (Datum)		
	→ % Beschäftigungsgrad (BG) vor AUF	→ AHV-pflichtiger Jahreslohn bei Beginn AUF (CHF)	
	→ Grund AUF (inkl. Art der Krankheit / des Unfalls)		

Meldung / Anmeldung Dritt- versicherer	Ist eine Meldung an die Eidg. Invalidenversicherung erfolgt? (Früherfassung)	→ Wenn Ja: Datum & Absenderangaben	Kopie Meldung
	Anmeldung ist erfolgt bei:	<input type="checkbox"/> Krankentaggeldversicherung <input type="checkbox"/> Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Eidg. Invalidenversicherung <input type="checkbox"/> Eidg. Militärversicherung	→ per (Datum)

Kopie der Anmeldungen und allfällige Taggeldabrechnungen beilegen.



Kontakt Krankenversicherung / Unfallversicherung	→ Name Versicherung	→ Postfach
	→ Policennummer	→ Strasse / Nr.
	→ Schaden - Nr.	→ PLZ/Ort

Angaben Arbeitsverhältnis	Wenn das Arbeitsverhältnis aufgelöst wurde:	durch wen?	→
		per wann?	→ Datum
		welche Gründe?	→
	Letzter effektiver Arbeitstag vor AUF	am?	→ Datum
	Wird die versicherte Person weiterhin bei Ihnen beschäftigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Ausbildung / erlernter Beruf der versicherten Person	→	
	Kurze Beschreibung der vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ausgeüb-ten Tätigkeit	→	
	Art der Beschäftigung nach Eintritt des Gesundheitsschadens	→	
		→	am (Datum)

Angaben Case Management	Ist bereits ein Case Manager einer anderen Versicherung involviert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Wenn Ja, welche Versicherung und Name Case Manager:	→	
	Bestehen Umplatzierungsmöglichkeiten in Ihrem Betrieb?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Wenn Ja: Wurden solche betriebsintern bereits geprüft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Anmerkung →

→	→
Ort und Datum	Stempel und Unterschrift der Firma

Bitte Unterlagen zur Vervollständigung weiterleiten an:		
→ ALSA PK	Meldeformular (Seite 1&2) inkl. verlangte Kopien	→ Meldedatum
→ Versicherte Person	Infoschreiben sowie Vollmacht und Arztzeugnis-Formular	→ Meldedatum



Information an die versicherte Person

Guten Tag

Wir sind Ihre Vorsorgeeinrichtung, Ihre Pensionskasse. Wir sind mit der Abklärung und Betreuung der Leistungsfälle beauftragt. Ihr Arbeitgeber hat uns mitgeteilt, dass Sie (teilweise) arbeitsunfähig sind.

Damit wir den Anspruch auf Beitragsbefreiung abklären und allfällige spätere Leistungen für Sie berechnen können, benötigen wir die beiliegende Vollmacht ausgefüllt und unterzeichnet zurück.

Wir bitten Sie, uns das Dokument an folgende Adresse zu senden:

ALSA PK, Rietstrasse 4, 8640 Rapperswil

Wenn Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne unter der Telefonnummer 055 / 222 12 12 zur Verfügung.

Wir danken Ihnen und grüssen Sie freundlich.

ALSA PK
unabhängige Sammelstiftung



Allgemeine Vollmacht

Vollmachtgeber →

→ Name	→ Vorname
→ Strasse	→ PLZ/Ort
→ Tel.-Nummer	→ 756. Sozialversicherungsnummer (13-stellig)

Vollmacht-nehmerin ALSA PK unabhängige Sammelstiftung
Rietstrasse 4, 8640 Rapperswil

Ich bevollmächtige die Vollmachtnehmerin

bezüglich

Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität sowie Abklärung von Leistungsansprüchen im Rahmen der Sozialversicherungen und insbesondere der beruflichen Vorsorge

betreffend

Auskunft und Akteneinsicht

Erteilen und Einholen von schriftlichen und mündlichen Auskünften (inklusive Herausgabe von Akten zur Einsichtnahme an die nachgenannten Versicherer und Stellen) und Einsichtnahme in meine Akten bei den zuständigen Versicherungen und Stellen (Eidgenössische Invalidenversicherung, Unfallversicherung, Krankentaggeldversicherung, Arbeitslosenversicherung, Arbeitgeber/in) und Herausgabe von Akten Dritter (Eidgenössische Invalidenversicherung, Unfallversicherung, Krankentaggeldversicherung, Arbeitslosenversicherung, Arbeitgeber/in) an die ALSA PK.

Arztgeheimnis

Entbindung meiner behandelnden Ärzte/innen und der vertrauensärztlichen Dienste von Privat- und Sozialversicherungen vom Arztgeheimnis.

Datenschutz

Die Vollmachtnehmerin verpflichtet sich, die ihr anvertrauten Daten ausschliesslich für die in der Vollmacht erwähnten Aufgaben zu verwenden und jederzeit alle Datenschutzbestimmungen der Schweiz einzuhalten. Sie gibt diese Daten nur an Vertragspartner weiter, welche sich zur Einhaltung derselben Restriktionen verpflichten.

→ Ort und Datum	→ Unterschrift der versicherten Person
-----------------	--

Ausgefüllte und unterzeichnete Vollmacht senden an:
ALSA PK unabhängige Sammelstiftung, Rietstrasse 4, 8640 Rapperswil

