

Information an die versicherte Person

Guten Tag

Zur Anmeldung Ihrer Versicherungsleistungen bitten wir Sie, Folgendes zu tun:

- Das Formular "Ärztefragebogen" leiten Sie Ihrem Arzt weiter, der danach das ausgefüllte Formular sowie eine allfällige Rechnung direkt der PKRück zustellt.

Adresse:

PKRück AG

Vertrauensärztlicher Dienst

Zollikerstrasse 4

Postfach

8032 Zürich

- Das Formular "Meldung Arbeitsunfähigkeit" inklusive Vollmacht füllen Sie vollständig aus und unterzeichnen die Dokumente. Danach senden Sie uns diese Dokumente zurück, damit wir die weiteren Schritte in die Wege leiten können.

Wenn Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen unter der Telefonnummer 044 213 20 60 gerne zur Verfügung.

Wir danken Ihnen und grüssen Sie freundlich.

Stiftung freie Vorsorge
Für Ärzte und akademische Berufe

Meldung Arbeitsunfähigkeit (Formular versicherte Person)

Seite 1: Auszufüllen durch versicherte Person

Versicherte Person

Name, Vorname _____	AHV-Nr. _____
E-Mail _____	Strasse, Nr. _____
Tel.-Nummer _____	PLZ, Ort _____
Geburtsdatum _____ (tt/mm/jjjj)	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Sprache Korrespondenz <input type="checkbox"/> de <input type="checkbox"/> fr <input type="checkbox"/> it <input type="checkbox"/> en	Zivilstand <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft
	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden
	<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Konkubinat

Kontaktangaben allfällige/r Vertreter/in:

Name, Vorname _____
Tel.-Nummer _____

Vollmacht Vertreter beilegen

Strasse, Nr. _____
PLZ, Ort _____

Angaben Arbeitsunfähigkeit (AUF)

Bei Krankheit: Beginn _____ (tt/mm/jjjj)	Art der Erkrankung: _____
Bei Unfall: Beginn _____ (tt/mm/jjjj)	Art der Verletzung: _____
Ist eine Meldung an die Eidg. Invalidenversicherung erfolgt? (Früherfassung)	<input type="checkbox"/> Ja, am _____ (tt/mm/jjjj) <input type="checkbox"/> Nein
	Wenn ja, durch wen? _____
	Kopie Meldung beilegen
Anmeldung ist erfolgt bei <input type="checkbox"/> Koll. Krankentaggeldversicherung	Datum Anmeldung: _____ (tt/mm/jjjj)
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung (UVG)	Datum Anmeldung: _____ (tt/mm/jjjj)
<input type="checkbox"/> Eidg. Invalidenversicherung	Datum Anmeldung: _____ (tt/mm/jjjj)
<input type="checkbox"/> Eidg. Militärversicherung	Datum Anmeldung: _____ (tt/mm/jjjj)

Kontakt Koll. Krankentaggeldversicherung / Unfallversicherung:

Name Versicherung _____	Postfach _____
Policennummer _____	Strasse, Nr. _____
	PLZ, Ort _____

Angaben Case Management

Ist bereits ein Case Manager einer anderen Versicherung involviert? Ja Nein

Wenn ja, welche Versicherung und Name des Case Managers? _____

Falls Sie arbeitstätig sind, bestehen Umplatzierungsmöglichkeiten in Ihrem Betrieb? Ja Nein

Wenn ja: Wurden solche betriebsintern bereits geprüft? Ja Nein

Sind Sie diesbezüglich an einer Hilfeleistung durch die Fachleute der PKRück interessiert? Ja Nein

Anmerkungen

Meldung Arbeitsunfähigkeit (Formular Verwalter)

Seite 2: Auszufüllen durch Verwalter

Angaben zur Versicherung

- In welchem Zustand ist der Versicherungsschutz? Aktiv Inaktiv
- Wurden die Prämien bezahlt? Ja Nein
- Besteht oder bestand bereits eine Invalidität aus früherem Vorsorgeverhältnis? Ja Nein Wenn ja, IV-Grad? _____ %
Beginn Anspruch _____ (tt/mm/jjjj)
- Wurden Leistungen wegen AUF/EU und/oder IV von einer VE bezogen? Ja Nein Wenn ja, welche? _____
- Wurde eine Verpfändung gemacht? Ja Nein

Anmerkungen

Ort, Datum _____ Stempel, Unterschrift _____

Bitte folgende Unterlagen beilegen:

Versicherungsausweis, Arbeitsunfähigkeits-Meldung der versicherten Person inklusive Vollmacht

Formular und Unterlagen senden an:

PKRück AG, Leistungen, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich