

## Arbeitsunfähigkeitsmeldung

Meldung der Arbeitsunfähigkeit nach 30 Tagen nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit

### Arbeitgeber

Firma

Anschlussnummer

Strasse, Nr.

Kontaktperson

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

### Versicherte Person

Name

AHV-Nr.

Vorname

Geburtsdatum

Strasse, Nr.

Muttersprache

PLZ, Ort

Geschlecht      männlich      weiblich

Telefon

E-Mail

### Angaben zur Arbeitsunfähigkeit (AUF)

Beginn AUF (genaues Datum)

Kopie des Arztzeugnisses beilegen

Art des Leidens

Eintrittsdatum in die Firma

Beschäftigungsgrad (BG) vor AUF      %

Bei Teilzeit Grund angeben:

vertraglich

gesundheitlich

betrieblich

Funktion vor Eintritt AUF

Brutt Jahreslohn zu Beginn AUF, CHF

Anmeldung erfolgt bei .....

koll. Krankentaggeldversicherung\* am

Unfallversicherung (UVG)\* am

Meldung erfolgt bei .....

Eidg. Invalidenversicherung\*\* am

Eidg. Militärversicherung\*\* am

\* Kopie der Anmeldung und allfälliger Taggeldabrechnungen beilegen

\*\* Kopie der Meldung beilegen



## Vollmacht

### Vom Versicherten auszufüllen

Name	AHV-Nr.
Vorname	Geburtsdatum
Erlerner Beruf	Berufliche Tätigkeit

### Behandelnde(r) Arzt/Ärztin

Name	Adresse
Name	Adresse

### Erklärung der versicherten Person betreffend Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Profond Vorsorgeeinrichtung oder deren Bevollmächtigte, B+B Vorsorge AG (Risk+Health) bei Ärzten, bei Unfall-, Haftpflicht-, Kranken- und Lebensversicherern, bei der Eidg. Invalidenversicherung, der Eidg. Militärversicherung oder bei Arbeitgebern jene Auskünfte einholt, die für die Beurteilung meines der gegenwärtigen Arbeitsunfähigkeit zugrunde liegenden Gesundheitszustandes für notwendig gehalten werden.

Ich entbinde die vorerwähnten Personen und Institutionen von der ärztlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, der Profond Vorsorgeeinrichtung oder deren Bevollmächtigte, B+B Vorsorge AG (Risk+Health) Auskunft im Zusammenhang mit der Krankheit/dem Unfall, welche(r) der derzeitigen Arbeitsunfähigkeit zugrunde liegt, zu erteilen. Ich trete meine allfälligen Forderungen (Hinterlassenen- oder Invalidenleistungen) gegen haftpflichtige Dritte bis zur Höhe der Leistungspflicht der Profond Vorsorgeeinrichtung an die Profond Vorsorgeeinrichtung ab.

Ort	Unterschrift der versicherten Person
Datum	

Die unterzeichnete Person bestätigt mit ihrer Unterschrift die Richtigkeit der gemachten Angaben.

### Bestätigung Profond

Profond bestätigt, dass die Auskünfte nur in Bezug auf den der gegenwärtigen Arbeitsunfähigkeit zugrundeliegenden Gesundheitszustand und nur soweit als notwendig und sachgerecht eingeholt werden und nur dazu verwendet werden, um mögliche Massnahmen zur Verhinderung des Eintritts einer allfälligen Invalidität zu prüfen bzw. zu veranlassen oder gegebenenfalls eine allfällige Leistungspflicht der Profond Vorsorgeeinrichtung zu prüfen. In diesem Sinne werden im Namen der Profond Vorsorgeeinrichtung von der B+B Vorsorge AG (Risk+Health) in Fällen wo Wiedereingliederungsmassnahmen notwendig oder sinnvoll sind, das Wiedereingliederungsmanagement geprüft und gegebenenfalls in Absprache mit der versicherten Person durchgeführt (Case Management).

Bei juristischen Differenzen zwischen Original und Übersetzung ist die deutschsprachige Version verbindlich.