

Meldung einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Monaten



CIEPP

Caisse Inter-Entreprises
de Prévoyance Professionnelle

ZKBV - Zwischenbetriebliche Kasse für Berufliche Vorsorge
CIPP - Cassa Interaziendale di Previdenza Professionale

Mitglied-Nr: _____ Name des Arbeitgebers: _____

PERSÖNLICHE DATEN DER/DES VERSICHERTEN:

Name:	Vorname:
AHV-Nr.: 756.	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ): _____ Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Privatadresse:	PLZ und Ort:
Telefon:	Email:
Datum des Beginns des Arbeitsverhältnisses (TT/MM/JJJJ): _____	
War der Versicherte voll arbeitsfähig, als das Arbeitsverhältnis begann? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Datum des Beginns der Unterstellung unter die ZKBV (TT/MM/JJJJ): _____	
War der Versicherte am Datum des Eintritts in die ZKBV voll arbeitsfähig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Beschäftigungsgrad vor der Arbeitsunfähigkeit: _____ %	

ANGABEN ZUR ARBEITSUNFÄHIGKEIT UND ZUR BERUFLICHEN SITUATION DER/DES VERSICHERTEN:

Datum des Beginns der Arbeitsunfähigkeit (TT/MM/JJJJ): _____

Grund: Krankheit Unfall Im Falle einer Schwangerschaft das voraussichtliche Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ): _____

Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit: _____ %	vom _____	bis _____
_____ %	vom _____	bis _____
_____ %	vom _____	bis _____
_____ %	vom _____	bis _____

Eine Kopie der ärztlichen Bescheinigungen beifügen, die alle angegebenen Zeiträume der Arbeitsunfähigkeit abdecken.

Handelt es sich um einen Rückfall? Nein Ja, Datum der 1. Arbeitsunfähigkeit (TT/MM/JJJJ): _____

Name und Adresse des behandelnden Arztes: _____

Erwerbsausfallversicherung: Nein Ja, Name und Adresse: _____

Voraussichtliches Datum der Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit (TT/MM/JJJJ): _____

Wurde eine Meldung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung gemacht? Nein Ja, am (TT/MM/JJJJ): _____

Ist eine Rehabilitation geplant? Nein Ja

Wurde der Arbeitsvertrag gekündigt? Nein Ja, am (TT/MM/JJJJ): _____

Datum: _____ Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers: _____

Der Unterzeichnete bestätigt, dass die oben gemachten Angaben vollständig und korrekt sind. Er bestätigt ebenfalls, dass er berechtigt ist, das vorliegende Dokument zu unterzeichnen und trägt die Konsequenzen für eine eventuelle Angabe falscher Informationen.

Vollmacht des Versicherten:

Die versicherte Person erteilt der ZKBV – Zwischenbetriebliche Kasse für Berufliche Vorsorge – ausdrücklich das Recht, sich bei jeglichen öffentlichrechtlichen Versicherungseinrichtungen, die in diesen Leistungsfall als Krankenkassen einbezogen sind, bei Krankenversicherungen, Krankentaggeldversicherungen, Unfallversicherungen, IV-Büros, Vorsorgeeinrichtungen usw. die erforderlichen Unterlagen zu beschaffen und insbesondere die persönlichen Patientenakten des Versicherten (z. B. ärztliches Gutachten und Berichte anderer Institutionen wie der Berufsberatung) zu konsultieren.

Durch die unten stehende Unterschrift wird die ZKBV ebenfalls bevollmächtigt, bei Ärzten und anderen medizinischen Dienstleistern sowie bei Spitälern, Gesundheitseinrichtungen, Arbeitgebern usw. Auskünfte einzuholen, die sie für erforderlich hält. Hierdurch sind Ärzte und die oben genannten Institutionen und Arbeitgeber gegenüber der ZKBV uneingeschränkt von ihrer beruflichen Schweigepflicht entbunden.

Darüber hinaus bevollmächtigt der/die Versicherte die ZKBV, dem zuständigen IV-Büro die Dokumente bezüglich der Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit, insbesondere ärztliche Unterlagen, zukommen zu lassen, um seine Chancen der Wiedereingliederung in das Berufsleben zu erhöhen. Dieses Verfahren ersetzt jedoch nicht das Einreichen des IV-Antrags, was die versicherte Person selbst zu übernehmen hat.

Durch seine/ihre Unterschrift erteilt der/die Versicherte die oben genannte Vollmacht in ihrem vollen Umfang.

Ort und Datum: _____

Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters: _____

Agenturen

Bulle	Rue Condémine 56	T 026 919 87 40
Freiburg	Rue de l'Hôpital 15	T 026 350 33 79
Neuenburg	Av. du 1 ^{er} Mars 18	T 032 727 37 00
Porrentruy	Ch. de la Perche 2	T 032 465 15 80

Verwaltungssitz der Kasse
Rue de Saint-Jean 67 – CP 5278 – 1211 Genf 11
T 058 715 31 11 – ciepp@fer-ge.ch – www.ciepp.ch