

## Berufliche Vorsorge Meldung einer Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit (Pensionskasse / Vorsorgestiftung)

|                 |             |
|-----------------|-------------|
| Referenz        | Name Firma  |
| Anschluss-Nr. G | Policen-Nr. |

### Versicherte Person

|   |  |
|---|--|
| Name  | Vorname  |
| Strasse, Nr.  | PLZ, Ort (wo angemeldet?)                          |
| Land  | Geburtsdatum                                       |
| Zivilstand  | AHV-Nr.  |
| Staatsangehörigkeit   | Aufenthaltsbewilligung / Niederlassungsbewilligung |
| Geschlecht<br><input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich | Telefon (Festnetz / Mobile)                        |
| Erlerner Beruf  | Ausgeübter Beruf                                   |

### Angaben zum Arbeitsverhältnis

|   |   |   |
|---|---|---|
| Beginn Arbeitsverhältnis  | Arbeitsverhältnis im Rahmen der 6. IV-Revision                                    |   |
| Arbeitsverhältnis gekündigt? Falls ja, per wann?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein     | Grund der Kündigung?  |   |
| Kündigung erfolgte durch wen?<br><input type="checkbox"/> Arbeitgeber:in <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer:in | Selbständigerwerbend<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Angestellt<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Arbeitszeit der versicherten Person<br>Tage je Woche _____ Stunden je Woche _____                                 | Betriebsübliche Arbeitszeit (Stunden je Woche)                                    |   |

### Angaben zur Arbeitsunfähigkeit

|  |  |            |
|--|--|------------|
| Wann wurde die Arbeit niedergelegt?  | Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit  |            |
|  | Monate _____                                   | Tage _____ |
| Wurde die Arbeit zwischenzeitlich wieder aufgenommen? Wenn ja, wann?<br><input type="checkbox"/> Ja, ab _____ zu _____ % <input type="checkbox"/> Nein |  |            |
| Art der <b>Krankheit</b>   | Bei Schwangerschaft, errechneter Geburtstermin |            |
| Bei <b>Unfall</b> , betroffene Körperstelle(n)   | <b>Unfalldatum</b>                             |            |

|                                 |                      |                      |                      |                      |
|---------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Arbeitsunfähigkeitsgrade</b> | %                    | ab                   | %                    | ab                   |
|                                 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                                 | %                    | ab                   | %                    | ab                   |
|                                 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| %                               | ab                   | %                    | ab                   |                      |
| <input type="text"/>            | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
| %                               | ab                   | %                    | ab                   |                      |
| <input type="text"/>            | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |

**Angaben zum Lohn** AHV-Jahreslohn (bevor die Arbeit niedergelegt werden musste)  
 CHF

**Andere Versicherungsleistungen** Hat die versicherte Person bereits Anspruch oder hat sie einen Antrag gestellt auf Taggeld- oder Rentenleistungen der Invalidenversicherung, einer Krankentaggeldversicherung, einer obligatorischen Unfallversicherung nach UVG, der Militär- oder Arbeitslosenversicherung, einer Privatversicherung?

Ja  Nein

Bitte stellen Sie uns die entsprechenden Verfügungen / Abrechnungen in Kopie zu.

Krankentaggeldversicherung, Kontaktadresse

Obligatorische Unfallversicherung nach UVG, Kontaktadresse

Invalidenversicherung, zuständige IV-Stelle

Militär- oder Arbeitslosenversicherung, Kontaktadresse

Private Versicherung, Kontaktadresse

**Unterschrift**

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber:in

Bitte leiten Sie dieses Formular (alle Seiten) an die versicherte Person zum Ausfüllen weiter. Eine allfällige Auflösung des Arbeitsverhältnisses entbindet Sie nicht von Ihrer Mitteilungspflicht als Arbeitgeber:in. Gemäss Reglement sind Sie verpflichtet, eine (Teil-)Arbeitsunfähigkeit umgehend schriftlich zu melden, wenn die versicherte Person innert einer Rahmenfrist von 90 Tagen (ab 1. Arbeitsunfähigkeit) länger als 30 Tage zu mindestens 40% arbeitsunfähig war.

## Vollmacht / Angaben der versicherten Person

|                 |             |
|-----------------|-------------|
| Referenz        | Name Firma  |
|                 |             |
| Anschluss-Nr. G | Policen-Nr. |
|                 |             |

|   |     |         |
|---|-----|---------|
| <b>Vollmacht /<br/>Einwilligungs-<br/>erklärung</b> | Von | AHV-Nr. |
|   |     |         |

|              |  |
|--------------|--|
| <b>Zweck</b> | <p>Die Vorsorgeeinrichtung(en) (nachstehend VE) und die Allianz Suisse Lebensversicherungs-Gesellschaft AG als Hilfsperson dieser VE (nachstehend ASL) sind berechtigt, aufgrund dieser Anmeldung Daten der versicherten Person einschliesslich besonders schützenswerter Personendaten und Persönlichkeitsprofile zu beschaffen, zu bearbeiten und weiterzugeben, um die Aufgaben gemäss Gesetz, Reglement und Kollektivversicherungsvertrag zu erfüllen. Unter diese Aufgaben fallen insbesondere, Leistungsansprüche zu beurteilen, Leistungen zu berechnen und zu gewähren und diese mit anderen Leistungen insbesondere von anderen Sozial- und Privatversicherern zu koordinieren, Rückgriffsrechte gegenüber haftpflichtigen Dritten geltend zu machen, die Eingliederung der versicherten Person ins Berufsleben zu fördern, Versicherungsmissbrauch aufzudecken und ungerechtfertigte Leistungsbezüge zu verhindern sowie Leistungsfälle mit Rück- und Mitversicherern abzuwickeln. Zur Durchführung dieser Aufgaben können ausgewählte Dritte beigezogen werden, die die Daten nur so bearbeiten, wie die VE und die ASL es selbst tun dürften, und die derselben gesetzlichen und vertraglichen Geheimhaltungspflicht unterliegen wie die VE und die ASL.</p> |
|--------------|--|

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Datenbeschaffung</b> | <p>Die versicherte Person ermächtigt die VE und die ASL, bei öffentlich- und privatrechtlichen Versicherungsträgern wie Arbeitslosenkassen, Krankenkassen, privaten Krankentaggeldversicherern, Unfallversicherern, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen, bei der Militärversicherung sowie bei Ärzten und anderen medizinischen Leistungserbringern sowie Spitälern, Heilanstalten etc. alle Auskünfte und Unterlagen, die sie für die in Absatz 1 genannten Zwecke für erforderlich halten, einzuholen und insbesondere in deren Akten (einschliesslich medizinischer Berichte und Gutachten) Einsicht zu nehmen.</p> |
|-------------------------|--|

|   |  |
|---|--|
| <b>Datenbekanntgabe und Akteneinsicht</b> | <p>Die VE und die ASL sind berechtigt, alle die versicherte Person betreffenden Daten einschliesslich besonders schützenswerter Daten und Persönlichkeitsprofile im Einzelfall und auf schriftliches und begründetes Gesuch hin an die in Absatz 2 genannten öffentlich- und privatrechtlichen Versicherungsträger sowie an Sozialhilfebehörden, Zivilgerichte, Strafgerichte und Strafuntersuchungsbehörden, Betreibungsämter, Steuerbehörden, Organe anderer Sozialversicherungen, die für die Quellensteuer zuständigen Behörden sowie weitere Personen, denen im BVG-Obligatorium ein gesetzliches Akteneinsichtsrecht zusteht, im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen und der in Absatz 1 genannten Zwecke bekannt zu geben und Akteneinsicht zu gewähren.</p> |
|---|--|

|   |   |
|---|---|
| <b>Datenweitergabe /<br/>Gewährung der<br/>Einsicht in eigene<br/>Akten</b> | <p>Die versicherte Person ermächtigt die VE und die ASL im Übrigen, sämtliche Unterlagen zur Arbeitsunfähigkeit und deren Verlauf, insbesondere auch medizinische Dokumente, der zuständigen IV-Stelle zu übermitteln, um dadurch die Chance auf Wiedereingliederung ins Berufsleben zu erhöhen. Führen neben amtlichen Stellen (wie z. B. IV-Stelle) auch Dritte ein Case- und / oder Care-Management durch, dürfen alle notwendigen Unterlagen auch diesen übermittelt oder von diesen eingesehen werden. Falls erforderlich werden die Daten auch an Mit- und Rückversicherer zur Bearbeitung übermittelt.</p> |
|---|---|

|   |  |
|---|--|
| <b>Entbindung von der<br/>Schweigepflicht</b> | <p>Die versicherte Person entbindet im Rahmen der vorstehenden Absätze 1 und 2 vorbehaltlos die Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer sowie Spitälern, Heilanstalten etc. von jeglicher Schweigepflicht gegenüber den VE und der ASL.</p> |
|---|--|

## Datenschutz

Weitere Informationen, auch zu weiteren Nutzungen und Empfängern Ihrer Daten und zu Ihren Rechten, finden Sie in unserer Datenschutzerklärung ([allianz.ch/privacy](https://allianz.ch/privacy)).



Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person oder  
des gesetzlichen / rechtlichen Vertreters

## Angaben zum Versicherungs- verhältnis nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit

Haben Sie einen neuen Arbeitgeber?

Ja  Nein

Falls ja, Name und Adresse des neuen Arbeitgebers

Haben Sie Ihre volle Arbeitsfähigkeit wieder erreicht?

Ja  Nein

Wurde die Arbeit zwischenzeitlich wieder aufgenommen?

Ja  Nein

Wenn ja, wann? Ab  zu  %

## Behandelnde Ärzte für das vorliegende Leiden

Name, Adresse

Name, Adresse

Name, Adresse

Name, Adresse

## 3. Säule

Haben Sie bei Allianz Suisse eine Lebensversicherung (Säule 3a oder 3b), aus welcher für die vorliegende Arbeitsunfähigkeit Leistungen zur Auszahlung gelangen?

Ja  Nein

Falls ja: Policen- / Schadenummer

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an: Allianz Suisse Leben, Kollektivleben Leistungsdienst, Postfach, 8010 Zürich oder an [leistungsdienst@allianz-suisse.ch](mailto:leistungsdienst@allianz-suisse.ch).