

Meldung einer Arbeitsunfähigkeit

Bitte mit Druckbuchstaben ausfüllen. Vollständig ausgefüllte Formulare ersparen Ihnen und uns zusätzliche Umtriebe.

☐ Pensionskasse

☐ Vorsorgestiftung

Hinweise zu Leistungsfällen

► Wartefrist für die Beitragsbefreiung gemäss Anschlussvertrag.

1. Firma

Name

Mitglied-/Vertrags-Nr.

Kontaktperson

☐ Firma

☐ Broker

E-Mail

Tel. Nr.

2. Versicherte Person

Name

Vorname

Sozialversicherungs-Nr.

Zivilstand

Geburtsdatum

Geschlecht

☐ m ☐ w

Strasse, Nr.

PLZ

Ort

E-Mail

Tel. Nr.

Sprache

☐ DE ☐ FR ☐ IT ☐ EN

ausgeübte Tätigkeit

3. Versicherungsfall

Ursache

☐ Unfall

☐ Keine Taggeldversicherung

☐ Diagnose:

☐ Krankheit

☐ Keine Taggeldversicherung

☐ Diagnose:

☐ Schwangerschaft

Erwerbsunfähigkeit seit (Datum)

Taggeldversicherer Name

Adresse

Referenznummer

Name Kontaktperson

Tel. Nr.



▼ Bitte beachten Sie die folgende Seite.

Arbeitsverhältnis

Beschäftigungsgrad vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit

- ☐ Das Arbeitsverhältnis besteht weiter
- ☐ Das Arbeitsverhältnis wurde aufgelöst per

i Bitte stellen Sie uns die Austrittsmeldung separat zu, sofern das Arbeitsverhältnis aufgelöst wurde.

Bemerkungen

Vollmacht

Wir bitten Sie, uns die unterzeichnete Vollmacht Ihrer Arbeitnehmerin oder Ihres Arbeitnehmers zukommen zu lassen. Mit der Vollmacht helfen Sie uns, die Bearbeitung schnellstmöglichst zu starten. Falls Sie wünschen, dass die Asga die Vollmacht nachträglich einholt, lassen Sie es uns bitte wissen.

- ☐ unterzeichnete Vollmacht beiliegend
- ☐ Asga soll die Vollmacht nachträglich einholen (Bearbeitungsdauer abhängig vom Eingang der Vollmacht)

i Bitte fügen Sie diesem Formular folgende Unterlagen bei:

- ▶ Kopien der Unfall- oder Krankmeldung
- ▶ Kopien allfälliger Leistungs- und Taggeldabrechnungen von Versicherungen (UVG, KTG etc.)
- ▶ Arztzeugnis, sofern kein Krankenversicherer vorhanden ist
- ▶ Vollmacht der versicherten Person

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift der Firma



▶ Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt und unterzeichnet an die Asga, Postfach, 9001 St.Gallen.

Vollmacht/Ermächtigung

Bitte mit Druckbuchstaben ausfüllen. Vollständig ausgefüllte Formulare ersparen Ihnen und uns zusätzliche Umtriebe.

1. Firma

Name

Mitglied-/Vertrags-Nr.

2. Versicherte Person

Name

Vorname

Sozialversicherungs-Nr.

Geburtsdatum

Geschlecht

☐ m ☐ w

Strasse, Nr.

PLZ

Ort

3. Ereignis

Beginn der Arbeitsunfähigkeit

Grund

☐ Krankheit

☐ Unfall

☐ Schwangerschaft

Name und Adresse des Taggeldversicherers

Referenznummer

Ggf. Kontaktperson

Behandelnder Arzt (Name und Adresse)

Hinweis:

Wir bitten Sie, die Vollmacht vollständig auszufüllen. Ist die Vollmacht unvollständig, und können wir daher nicht alle benötigten Informationen einholen, prüfen wir den Leistungsfall anhand der uns vorliegenden Unterlagen, was zu einem verzögerten oder für Sie nachteiligen Entscheid führen kann.

4. Datenbearbeitung

Die in der Schweiz operierende Asga (Asga Pensionskasse/Asga Vorsorgestiftung) wird dazu ermächtigt, Daten zu bearbeiten.

Die unterzeichnende Person ist damit einverstanden, dass die Asga alle notwendigen Informationen bearbeitet: im Zusammenhang mit der Prüfung des Leistungsanspruchs, der Leistungsabwicklung, der Prüfung und Durchsetzung des Regressanspruchs sowie der Wiedereingliederung ins Berufsleben.

▼ Bitte beachten Sie die folgende Seite.



5. Einholen von Informationen

Um Ihre Leistungspflicht abzuklären, wird die Asga ermächtigt, Informationen und Unterlagen beim oben erwähnten Taggeldversicherer sowie beim oben erwähnten Arzt und dessen Personal zum erwähnten Ereignis einzuholen.

6. Entbindung von Geheimhaltung

Die oben genannten Personen und Institutionen werden von ihrer Geheimhaltungspflicht entbunden.

7. Weiterleitung der eigenen Akten

Auch ermächtigt die unterzeichnende Person die Asga, Unterlagen, insbesondere medizinische Dokumente, über den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit der zuständigen Kranken-/Unfallversicherung und der IV-Stelle zu übermitteln, um dadurch die Chance auf Wiedereingliederung ins Berufsleben zu erhöhen. Dieses Vorgehen ersetzt jedoch nicht die Anmeldung bei der Kranken-/Unfallversicherung und der IV. Diese muss die versicherte Person selbst vornehmen.

8. Kein automatischer Datenaustausch

Es erfolgt kein automatisierter Datenaustausch. Die Asga ist nicht verpflichtet, in jedem Fall Abklärungen bei Dritten zu tätigen oder von sich aus Informationen weiterzuleiten. Dies auch nicht innerhalb der Asga. Daten werden nur zweckgebunden und auf konkrete Anfrage weitergegeben.

9. Wahrheitsgetreue Angaben

Diese Ermächtigung entbindet die unterzeichnende Person nicht von der Pflicht, wahrheitsgetreue und vollständige Angaben zu machen. Diese Einwilligung entbindet sie auch nicht von der Pflicht, die Leistungsansprüche ordnungsgemäss bei den relevanten Institutionen anzumelden.

10. Zeitlicher Geltungsbereich

Diese Vollmacht/Ermächtigung gilt lediglich für das unter Punkt 3 erwähnte Ereignis.

11. Vertraulichkeit

Die Asga verpflichtet sich, die Informationen vertraulich und zweckkonform zu behandeln.

12. Form der Übermittlung/Informationsaustausch via E-Mail

Der E-Mail-Verkehr erfolgt in der Regel über schwer kontrollierbare Datennetze. Daher besteht das Risiko, dass Unberechtigte die ausgetauschten Informationen und die E-Mail-Adresse des Absenders einsehen und allenfalls auch verändern können.

Die unterzeichnende Person ist sich der Risiken des E-Mail-Verkehrs bewusst. Sie ist ausdrücklich damit einverstanden, dass die Asga mit ihr und beteiligten Dritten, wie sie unter dem Titel «Einholen von Informationen» aufgeführt sind, per E-Mail Informationen übermittelt.

Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Homepage: www.asga.ch/datenschutz

Ort

Datum

Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen/eingesetzten Vertreters



► Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt, unterzeichnet und mit den benötigten Unterlagen an die Asga, Postfach, 9001 St.Gallen.