

## 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

AHV-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

Krankheit

Schwangerschaft

Keine Taggeldversicherung

Keine Taggeldversicherung

Diagnose:

Diagnose:

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

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

### 1. Firma

Name

Mitglied-/Vertrags-Nr.

### Vollmacht

#### a) andere Versicherer

Im Hinblick auf die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung, ermächtigt

#### der Versicherte/die Versicherte

Name

Vorname

AHV-Nr.

die **Asga Pensionskasse Genossenschaft** ausdrücklich, bei sämtlichen in diesen Leistungsfall involvierten öffentlich- und privatrechtlichen Versicherungsträgern wie Krankenkassen, Krankenversicherern, Krankentaggeldversicherern, Unfallversicherern, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen usw. die erforderlichen Auskünfte einzuholen und die relevanten Akten einzusehen (zum Beispiel medizinische Gutachten, Berichte anderer Institutionen wie der Berufsberatung usw.).

#### b) Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer

Ebenso ermächtigt der Unterzeichnende die **Asga Pensionskasse Genossenschaft** die ihr notwendig erscheinenden Auskünfte bei Ärzten und anderen medizinischen Leistungserbringern sowie Spitälern, Heilanstalten usw. einzuholen. Die Ärzte und die genannten Institutionen sind daher von der Schweigepflicht gegenüber der Asga Pensionskasse Genossenschaft vorbehaltlos entbunden.

#### c) Weiterleitung der eigenen Akten

Auch ermächtigt der Unterzeichnende die **Asga Pensionskasse Genossenschaft** 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.

Mit nachfolgender Unterschrift erteilt die/der Unterzeichnende die oben genannte Vollmacht in vollem Umfang (a bis c).

Unfall- oder Schadennummer

Adresse

PLZ, Ort

Ort

Datum

Unterschrift der versicherten Person oder  
des gesetzlichen/eingesetzten Vertreters



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