

## Meldung der Arbeitsunfähigkeit

Arbeitgeber ..... Ort/Kanton .....  
 Firmen-Nr. .... Vorsorgeplan .....  
 Wartefrist ..... Kategorie .....  
 selbständigerwerbend     angestellt

### Personalien der versicherten Person

Name ..... Vorname .....  
 Strasse/Nr. .... PLZ/Ort .....  
 Geburtsdatum ..... Sozialvers.-Nr. ....  
 Telefon (tagsüber) ..... E-Mail .....

### Geschlecht

weiblich     männlich

### Sprache

deutsch     französisch     italienisch

### Zivilstand

ledig     verheiratet seit .....     geschieden seit .....     verwitwet

in eingetragener Partnerschaft seit .....

in aufgelöster Partnerschaft     gerichtlich seit .....     durch Tod

**Beginn Versicherung** ..... Eintritt in die Firma .....

**AHV-Bruttolohn** (Jahreslohn vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit) ..... **CHF** .....

Beschäftigungsgrad in % (vor der Arbeitsunfähigkeit) .....

**Sind Sie bei der IV/UV/MV oder einer anderen Versicherungsgesellschaft für Leistungen angemeldet?**     Ja     Nein

Bei wem? (wenn ja, bitte Kopien/Abrechnungen beilegen)    Name .....

Strasse/Nr. .... PLZ/Ort .....

**Beginn der Arbeitsunfähigkeit**    Datum .....

**Grund der Arbeitsunfähigkeit**     Krankheit     Unfall     Unfall mit Dritteinwirkung

Wenn Unfall (Gesellschaft/Kontakt/Referenz-Nr.) .....

**Nähere Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung** .....

**Seit wann besteht die gesundheitliche Beeinträchtigung?** .....

**Prozent und Dauer der Arbeitsunfähigkeit**    vom ..... bis ..... % .....

(Arztzeugnisse beilegen)

vom ..... bis ..... % .....

vom ..... bis ..... % .....

**Angaben des behandelnden Arztes**    Name/Vorname .....

Strasse/Nr. .... PLZ/Ort .....

Arbeitgeber ..... Ort/Kanton .....

Firmen-Nr. .... Vorsorgeplan .....

selbständigerwerbend     angestellt

**Versicherte Person**

Name ..... Vorname .....

Geburtsdatum ..... Sozialvers.-Nr. ....

**Existieren weitere Freizügigkeitsansprüche oder sind Sie bei einer weiteren Vorsorgeeinrichtung versichert?**     Ja     Nein

Bei wem? (wenn ja, bitte Kopien/Abrechnungen beilegen)    Name .....

Strasse/Nr .....

PLZ/Ort .....

Die Beitragsbefreiung im Invaliditätsfall erstreckt sich auf alle von der versicherten Person geschuldeten Prämien. Die Beitragsbefreiung beginnt nach einer Wartefrist von 6 Monaten. Sie wird bei einer vorübergehenden oder dauernden Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % gewährt. Die Beiträge bis zur Beitragsbefreiung sind vom Arbeitgeber geschuldet. Die Anschlussvereinbarung und das Leistungsreglement sind massgebend und regeln die Details.

**Vollmacht**

**Ermächtigung zur Abklärung der Ansprüche von Versicherten- und Invalidenleistungen**

Die versicherte Person entbindet die behandelnden Ärzte ausdrücklich vom Berufsgeheimnis (inkl. Herausgabe der Krankengeschichte), ermächtigt die Medpension zur Einsichtnahme der Akten sämtlicher Sozialversicherungen und anderer Versicherungen (inkl. Haftpflichtversicherungen) und deren Weitergabe für die Erstellung medizinischer Berichte und Gutachten und/oder Polizeiberichte insbesondere verbunden mit dem Grund der Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit.

Sie erlaubt der Stiftung im Weiteren die Einsichtnahme in die Personalakten und deren Aushändigung in Kopie, ebenso die Weiterverwendung für die Erstellung von Berichten und Gutachten. Sie nimmt Kenntnis von den Bestimmungen der Sozialversicherungsgesetzgebung, wonach die Sozialversicherer verpflichtet sind, sich gegenseitig Akteneinsicht zu gewähren.

Die versicherte Person bestätigt die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben.

**Ort/Datum**

**Unterschrift der versicherten Person**

.....

**Bemerkungen** .....

.....

**Bitte folgende Dokumente (Kopien) beilegen (sofern vorhanden)**

- Ärztlicher Bericht (Anamnese, Diagnose und Prognose der Krankheit oder des Unfalls)
- Ärztliche Zeugnisse
- Alle Kranken- oder Unfalltaggeld-Abrechnungen und komplette Adresse der Versicherung
- IV-Anmeldung bei der zuständigen IV-Stelle und Adresse
- Bescheinigung über weiteres Erwerbseinkommen
- Auszug aus dem individuellen Konto (IK) und AHV-Ausweis
- Allfällige Leistungsvereinbarungen mit der Haftpflichtversicherung oder der schädigenden Person
- Unfallmeldung (UVG) oder Meldung bei der Militärversicherung (MVG)
- Alle Verfügungen IV/UV/MV/andere Versicherungsgesellschaften

Die versicherte Person bestätigt, die Ausführungen verstanden zu haben. Sie bestätigt die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer vorerwähnten Angaben und nimmt davon Kenntnis, dass die Medpension bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben im Rahmen der reglementarischen und gesetzlichen Bestimmungen die Ausrichtung von Leistungen reduzieren oder verweigern sowie Schadenersatzansprüche geltend machen kann.

(Seite 3, zum Ausdrucken und als Deckblatt für die Einsendung mit Fenstercouvert)

Medpension vsao asmac  
Brunnhofweg 37  
Postfach 319  
3000 Bern 14

Medpension vsao asmac  
Brunnhofweg 37  
Postfach 319  
3000 Bern 14