

Vertraulich

GEMINI Sammelstiftung
c/o Avadis Vorsorge AG
Leistungsdienst
Zollstrasse 42
Postfach
8031 Zürich

Vertraulich

GEMINI Sammelstiftung
c/o Avadis Vorsorge AG
Leistungsdienst
Zollstrasse 42
Postfach
8031 Zürich

Meldung Arbeitsunfähigkeit

Angaben zur versicherten Person

Vorsorgewerk

Unternehmen

Kasse Pensionskasse Kader/Zusatzkasse

Versicherte Person

Name

Vorname

AHV-Nummer

Versichertennummer

Geschlecht

Geburtsdatum

Zivilstand

Adresse

PLZ und Ort

Arbeitsunfähigkeit

Beginn der Arbeits-
unfähigkeit

Vom

Bis

Zu

%

Vom

Bis

Zu

%

Ursache

Krankheit

Unfall

Schwangerschaft

Beschwerden

Behandelnder Arzt

Name

Fachgebiet

Adresse

PLZ und Ort

Versicherungsträger

| | | |
|-------------------------|---|---|
| Anmeldung erfolgt bei | <input type="checkbox"/> Krankentaggeldversicherung | <input type="checkbox"/> Unfallversicherung |
| | <input type="checkbox"/> Eidgenössische Invalidenversicherung | <input type="checkbox"/> Eidgenössische Militärversicherung |
| Name der Gesellschaften | 1. _____ | |
| | 2. _____ | |

Arbeitsverhältnis

Wird das Arbeitsverhältnis aufgelöst? Ja, per _____ Nein

Bei Auflösung des Arbeitsverhältnisses bitte die Austrittsmeldung zustellen.

Unterlagen

Bitte stellen Sie uns die benötigten Unterlagen so rasch als möglich zu. Die GEMINI Sammelstiftung (nachfolgend Stiftung) und die Zurich Versicherung (nachfolgend Rückversicherer) werden den Schadenfall bearbeiten, sobald die erwähnten Unterlagen vollständig vorliegen.

- Abrechnungen (Kopien) der Krankentaggelder/Unfalltaggelder**
Die Vorlage dieser Abrechnungen ist zwingend ab Leistungsbeginn. Veranlassen Sie ausserdem, dass der Stiftung auch die weiteren Abrechnungen laufend und unaufgefordert zugestellt werden.
- Arztzeugnis**
Das Arztzeugnis ist notwendig, wenn die Wartefrist des Krankentaggeldversicherers länger ist als drei Monate oder bei Unterbrüchen der Arbeitsunfähigkeit innerhalb der Wartefrist.

Kontaktperson Arbeitgeber

Name _____

Vorname _____

Telefonnummer _____

E-Mail-Adresse _____

Bemerkungen

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Unternehmens

Vollmacht der versicherten Person

Die versicherte Person ermächtigt die Stiftung und den Rückversicherer, die zur Abwicklung des angemeldeten Schadens zwecks Ermittlung der Risikoleistungen notwendigen Daten zu bearbeiten. Falls erforderlich, werden die Daten an beteiligte Dritte, insbesondere an Mit-, Rück- oder andere Versicherer und Case-Manager zur Bearbeitung übermittelt.

Die versicherte Person ermächtigt die Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen, der Stiftung und dem Rückversicherer auf Anfrage die zur Abwicklung des vorliegenden Schadens erforderlichen Daten bekannt zu geben, und entbindet diese Personen ausdrücklich von deren Geheimhaltungspflicht.

Die Stiftung und der Rückversicherer werden ausserdem ermächtigt, bei Arbeitgebern, Amtsstellen, insbesondere bei IV-Stellen, beruflichen Vorsorgeeinrichtungen, Krankenkassen, UVG-Versicherern, Arbeitslosenkassen, anderen beteiligten Sozial- und Privatversicherern und Case-Managern Auskünfte einzuholen sowie Einsicht zu nehmen. Der Versicherungsträger, der Einsicht gewährt, ist befugt, der Stiftung und der Rückversicherung Kopien der zur Abwicklung des angemeldeten Schadens relevanten Akten auch ohne erneutes Gesuch zuzustellen.

Die versicherte Person ermächtigt die Stiftung und die Rückversicherung, Daten an die zuständige IV-Stelle, Pensionskasse oder an andere beteiligte Sozial- oder Privatversicherer zu übermitteln. Sodann ermächtigt die versicherte Person die Stiftung und die Rückversicherung, im Falle eines Rückgriffs auf haftpflichtige Dritte beziehungsweise deren Haftpflichtversicherer diesen die für die Durchsetzung des Regressanspruchs erforderlichen Daten mitzuteilen.

Die Vollmacht der versicherten Person erfolgt unabhängig von der Ausrichtung einer Leistung. Die Stiftung und die Rückversicherung verpflichten sich, die erhaltenen Informationen gemäss den Vorschriften über den Datenschutz zu behandeln und die erhöhte Sorgfaltspflicht im Umgang mit Personendaten wahrzunehmen.

Erklärung

Die versicherte Person bescheinigt hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.

Ort/Datum

Unterschrift

Auskunft

Bei Fragen steht Ihnen der Leistungsdienst unter der Telefonnummer 058 585 13 34 gerne zur Verfügung.