

Meldung Arbeitsunfähigkeit

Kollektivversicherung

Vertragspartner GEMINI Sammelstiftung / Vertrags-Nr. 10019

Firmenname _____

Versicherte Person

Name: _____ Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum, Geschlecht _____ / _____ / _____ männlich weiblich

Sozialversicherungsnummer _____ Sprache de fr it en

Zivilstand ledig verheiratet geschieden verwitwet

eingetragene Partnerschaft aufgelöste Partnerschaft

Minderjährige oder sich in Ausbildung befindende Kinder?

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Arbeitsunfähigkeit

Beginn Arbeitsunfähigkeit _____ / _____ / _____ zu _____ % bis _____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____ zu _____ % bis _____ / _____ / _____

Ursache Krankheit Unfall Mutterschaft unklar

Beschwerden _____

Behandelnder Arzt

Name, Vorname, Fachgebiet _____

Adresse _____

Erstkonsultationen _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____

Weitere Ärzte 1 _____

2 _____

Versicherungsträger

Anmeldung erfolgt bei Krankentaggeldversicherung Unfallversicherung Krankenkasse

Eidg. Invalidenversicherung Eidg. Militärversicherung

Haftpflichtversicherung Andere

Name der Gesellschaft(en) 1 _____

2 _____

3 _____

Wird das Arbeitsverhältnis aufgelöst? ja nein Wenn ja, per wann: _____

Bitte auch Folgeseite vollständig ausfüllen.

Case Management

Wurde bereits ein Case Management angeboten respektive in die Wege geleitet?

Einbezug Case Manager ja nein

Falls ja, wann und durch wen? _____ / _____ / _____ durch _____

Unterlagen

Bitte senden Sie GEMINI Sammelstiftung die folgenden Formulare rasch möglichst zu:

Kopie Krankentaggeldabrechnung (falls vorhanden)

Arztzeugnis

GEMINI Sammelstiftung und Elips Life werden den Schadenfall bearbeiten, sobald die erwähnten Unterlagen vollständig vorhanden sind.

Bemerkungen

Arbeitgeber bzw. Vorsorgeeinrichtung

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Vollmacht

Die versicherte Person ermächtigt die GEMINI Sammelstiftung und Elips Life, 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 GEMINI Sammelstiftung und Elips Life auf Anfrage die zur Abwicklung des vorliegenden Schadens erforderlichen Daten bekannt zu geben und entbindet diese Personen ausdrücklich von deren Geheimhaltungspflicht.

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

Die versicherte Person ermächtigt die GEMINI Sammelstiftung und Elips Life, Daten an die zuständige IV-Stelle, Pensionskasse oder an andere beteiligte Sozial – oder Privatversicherer zu übermitteln. Sodann ermächtigt die versicherte Person die GEMINI Sammelstiftung und Elips Life, im Falle eines Rückgriffs auf haftpflichtige Dritte beziehungsweise deren Haftpflichtversicherer ihnen die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten mitzuteilen.

Die Vollmacht der versicherten Person erfolgt unabhängig von der Ausrichtung einer Leistung.

Die GEMINI Sammelstiftung und Elips Life 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 der versicherten Person

Hinweis: Bitte senden Sie die vollständigen Unterlagen an folgende Adresse:

Vertraulich, GEMINI Sammelstiftung, c/o Avadis Vorsorge AG, Josefstrasse 53, 8005 Zürich
Bei Fragen ist der Leistungsdienst erreichbar unter Telefon 058 585 21 03