



Vorsorgewerk der proparis Vorsorge-Stiftung Gewerbe Schweiz, Bern

Meldung Invalidität

Arbeitgeber:

Mitglied-Nr.:

1. Personalien der zu versichernden Person

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, PLZ und Ort:

Geschlecht:

weiblich

männlich

Zivilstand:

Versicherungs-Nr.:

2. Kinder

Ich habe Kinder unter 18 Jahren

Ja

Nein

Ich habe Kinder in Ausbildung unter 25 Jahren

Ja

Nein

Ich habe Kinder, die zu mindestens 70% invalid sind

Ja

Nein

3. Andere Versicherungen* (*Entscheide bitte beilegen)

- Eidgenössische Alters- und Hinterbliebenenversicherung AHV?

Ja

Nein

- Unfallversicherung?

Ja

Nein

- Eidgenössische Militärversicherung MV?

Ja

Nein

- Andere?*

Ja

Nein

*Wenn Ja, welche?

Wurde die Invalidität durch einen Dritten herbeigeführt?

Ja

Nein

4. Auszahlung der Leistungen

Bitte Einzahlungsschein beilegen; falls nicht vorhanden, untenstehenden Teil ausfüllen

| | | | |
|-----------------|----------------------|------------|----------------------|
| Postcheckkonto: | <input type="text"/> | Bankkonto: | <input type="text"/> |
| Inhaber: | <input type="text"/> | | |
| Bank: | <input type="text"/> | Ort: | <input type="text"/> |
| Clearing-No: | <input type="text"/> | IBAN: | <input type="text"/> |

Ohne Ihren Gegenbericht erfolgt die Meldung über die Rentenleistungen an die Eidg. Steuerverwaltung durch die Pensionskasse.

5. Vollmacht und Unterschrift

Im Hinblick auf die Abklärung des Anspruchs, die Prüfung der Leistungsberechtigung der versicherten Person oder weiterer Anspruchsberechtigter und die Durchführung des Rückgriffs auf Dritte, gegen welche der versicherten Person oder deren Hinterbliebenen aus diesem Versicherungsfall Schadenersatzansprüche zustehen könnten, ermächtigt die unterzeichnende Person *proparis* und die Durchführungsstelle der Pensionskasse ausdrücklich

- alle zur Abklärung des Leistungs- und Regressanspruchs notwendig erscheinenden Auskünfte und Unterlagen bei Krankenkassen, Krankentaggeldversicherern, Unfallversicherern, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen, Lebensversicherern, Arbeitslosen-, Haftpflicht- und Militärversicherungen, Ärzten, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten und Chiropraktiker sowie Spitälern, Heilanstalten, Arbeitgebern und anderen Personen/Institutionen direkt einzuholen.
- Die Ärzte und die genannten Institutionen und Personen werden damit von ihrem Berufsgeheimnis bzw. ihrer ärztlichen oder gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der *proparis* und der Durchführungsstelle der Pensionskasse vorbehaltlos entbunden.
- die für die Schaden- und Regressabwicklung notwendig erscheinenden Daten an Dritte, mitbeteiligte Versicherer, in- und ausländische Rückversicherer oder allfällige Einzellebensversicherer und die zuständige IV-Stelle weiterzuleiten und von diesen die erforderlichen Auskünfte einzuholen.
- eigene Gutachten in Auftrag zu geben. Die Kosten übernimmt die Pensionskasse.

Sofern der versicherten Person oder deren Hinterbliebenen gegenüber Dritten, welche für den Versicherungsfall haften, Schadenersatzansprüche aus diesem Versicherungsfall zustehen, werden hiermit sämtliche Ansprüche bis auf die Höhe der reglementarischen Leistungen an die leistungspflichtige Vorsorgeeinrichtung abgetreten.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person

Bei Bevormundung:

Name und Adresse des
gesetzlichen Vertreters:

Ort und Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Diesem Formular sind beizulegen

- Kopien aller IV-Entscheide
- Kopien aller IV-Entscheide für erwerbsunfähige Kinder, welche das 18. Lebensjahr überschritten haben
- Kopien aller SUVA-, UVG- oder Militärversicherer-Entscheide
- Familienbüchlein oder aktuellen Auszug aus dem Zivilstandsregister
- Kopie Niederlassungsbewilligung
- Wohnsitzbescheinigung für Personen mit Wohnsitz im Ausland
- Ausbildungsnachweis für Kinder, welche das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Kopie der Krankentaggeldschlussabrechnung
- Steuererklärung der Jahre
- Abrechnung der Arbeitslosenversicherung