



Arbeits-/Erwerbsunfähigkeitsmeldung

**Swiss Life AG
Unternehmen
Postfach
8022 Zurich**

Arbeitgeber / Vor- sorgeeinrichtung	Name _____
	Vertrag _____
	Versichertengruppe _____

Arbeitnehmer	Name _____
	Vorname _____
	Versicherten-Nr. 756. _____ Geburtsdatum _____
	Strasse, Nr. _____
	PLZ, Ort _____
	Telefon Nr. _____
	E-Mail-Adresse @ _____
	Beruf und Funktion _____
	Beschäftigungsgrad vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit _____
	Besteht eine Quellensteuerpflicht? ja nein Geschlecht Mann Frau

Arbeitsverhältnis	Das Arbeitsverhältnis wird aufgelöst: nein ja per _____
--------------------------	---

Ursache der Arbeits- / Erwerbs- unfähigkeit	Krankheit _____ Unfall oder Berufskrankheit _____
	Art der Krankheit / des Unfalls: _____

Verlauf der Arbeits- / Erwerbs- unfähigkeit	Grad _____ gültig ab _____ gültig bis _____
	_____ % _____
	_____ % _____
	_____ % _____

Behandelnde Ärzte	Bitte geben Sie uns den Arzt an, der über den ganzen Verlauf der Krankheit bzw. des Unfalls Auskunft geben kann.
	Name und Adresse _____ In Behandlung seit _____
	Bitte geben Sie uns die weiteren behandelnden Ärzte und involvierten Therapeuten an (bei einem Spital bitte auch die Abteilung angeben)
	Name und Adresse _____ In Behandlung seit _____

Bitte Kopien bereits erhaltener Arztzeugnisse beilegen

Früherfassung Ist die Meldung zur Früherfassung an die Eidg. IV erfolgt? ja nein
 Name der IV-Stelle: _____
 Meldung ist erfolgt am: _____

Aktuelle Versicherungssituation

Angemeldet bei	Name und Ortschaft	Referenznummer
Krankentaggeldversicherung	_____	_____
Eidg. Invalidenversicherung	_____	_____
Unfallversicherung	_____	_____
Militarversicherung	_____	_____
Arbeitslosenversicherung/ andere Sozialversicherung	_____	_____

Bitte Kopien bereits erhaltener Verfügungen und/oder Abrechnungen beilegen

Minderjährige oder sich in Ausbildung befindende Kinder

Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Versicherten-Nr: <u>756.</u> _____
Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Versicherten-Nr: <u>756.</u> _____
Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Versicherten-Nr: <u>756.</u> _____

Bitte Ausbildungsbestätigungen beilegen

Bemerkungen

Unterschriften

Arbeitgeber bzw. Vorsorgeeinrichtung _____
 Datum Ort Stempel und Unterschrift

Entbindung vom Berufs- bzw. Amtsgeheimnis sowie Recht auf Akteneinsicht und Aktenweitergabe

Soweit für die Durchführung der Personalvorsorge (Risikoprüfung/Abwicklung des konkreten Vorsorgefalls) erforderlich, entbindet die unterzeichnende Person die Eidgenössische Invalidenversicherung, die Militärversicherung, die Unfallversicherer, andere und frühere Vorsorgeeinrichtungen, die Kranken- sowie Krankentaggeldversicherer, allfällige ausländische Versicherer sowie die sie behandelnden Ärzte von der Wahrung des Berufs- bzw. Amtsgeheimnisses gegenüber Swiss Life und den zuständigen Vorsorgestiftungen und ermächtigt die genannten Institutionen und Personen, Swiss Life und der Vorsorgestiftung bei Bedarf die notwendigen Auskünfte (einschliesslich medizinischer Angaben) zu erteilen und entsprechende Akteneinsicht zu gewahren. Es werden nur die für die Durchführung der Personalvorsorge konkret notwendigen Informationen eingeholt. Zudem ist die unterzeichnende Person damit einverstanden, dass ihre Personalien und Gesundheitsdaten innerhalb von Swiss Life zum Zweck der Leistungsprüfung und zur Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs weitergegeben sowie anderen beteiligten Versicherern und Rückversicherern wie auch an Gutachter übermittelt werden können.

Des Weiteren ist die unterzeichnende Person damit einverstanden, dass ihre Oaten im benötigten Ausmass zur Abklärung und zur allfälligen späteren Initialisierung einer bedarfsgerechten und individuellen Hilfeleistung (Case Management/Job Coaching) an die damit beauftragten Institutionen weitergeleitet werden. Die unterzeichnende Person nimmt im Obigen zur Kenntnis, dass Swiss Life für die Datenaufbewahrung und Datenbearbeitung Dritte beauftragen kann.

Die Oaten werden durch Swiss Life, die zuständige Vorsorgestiftung und beauftragte Dritte streng vertraulich behandelt und dienen ausschliesslich der vertragsmässigen Abwicklung des Vorsorge- bzw. Versicherungsvertrages.

Versicherte Person _____
 Datum Ort Unterschrift

Bei unrichtigen Angaben kann Swiss Life bzw. die Stiftung im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen Leistungen kurzen oder ablehnen.