



# Arbeits-/Erwerbsunfähigkeitsmeldung

**Swiss Life AG  
Unternehmen  
Postfach  
8022 Zurich**

---

<b>Arbeitgeber / Vor- sorgeeinrichtung</b>	<b>Name</b> _____
	<b>Vertrag</b> _____
	<b>Versichertengruppe</b> _____

---

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

---

<b>Arbeitsverhältnis</b>	Das Arbeitsverhältnis wird aufgelöst: nein ja per _____
--------------------------	---

---

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

---

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

---

<b>Behandelnde Ärzte</b>	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: \_\_\_\_\_

<b>Aktuelle Versicherungssituation</b>	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:	756. _____

Name:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	Versicherten-Nr:	756. _____

Name:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	Versicherten-Nr:	756. _____

**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 gewähren. 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.