



Arbeits-/Erwerbsunfähigkeitsmeldung

Arbeitgeber

Vertrag^{*)}Firma^{*)}

Versichertengruppe

Arbeitnehmer

Name^{*)}Vorname^{*)}Versicherten Nr.^{*)} 756.Geburtsdatum^{*)}Strasse, Nr.^{*)}PLZ, Ort^{*)}

E-Mail-Adresse

Telefon Nr.

Beruf und Funktion^{*)}Beschäftigungsgrad vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit^{*)} %Geschlecht^{*)}

Frau

Mann

Besteht eine Quellensteuerpflicht?^{*)} Ja Nein

Anmerkung: Die in diesem Formular verwendete männliche Form umfasst selbstverständlich auch die weibliche Formulierung.

Arbeitsverhältnis

Das Arbeitsverhältnis wird aufgelöst:^{*)}

Ja

Nein

wenn ja, wann

Ursache der Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit

Krankheit

Unfall oder Berufskrankheit

Art der Krankheit / des Unfalls:

Verlauf der Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit

Grad	%	gültig ab	gültig bis
Grad	%	gültig ab	gültig bis
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

^{*)} Eingabe erforderlich

Bitte Seite 2 beachten

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

Militärversicherung

Arbeitslosenversicherung /
andere Sozialversicherung

Bitte Kopien bereits erhaltener Verfügungen und/oder Abrechnungen beilegen

Minderjährige oder sich in Ausbildung befindende Kinder

Name

Vorname

Versicherten Nr. 756.

Geburtsdatum

Name

Vorname

Versicherten Nr. 756.

Geburtsdatum

Name

Vorname

Versicherten Nr. 756.

Geburtsdatum

Bitte Ausbildungsbestätigungen beilegen

Bemerkungen

Unterschrift

Arbeitgeber bzw. Vorsorgeeinrichtung^{*)}

Datum

Ort

Stempel und Unterschrift

^{*)} Eingabe erforderlich

Bitte Seite 3 beachten

Erklärung der versicherten Person

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 der Swiss Life AG und den zuständigen Vorsorgestiftungen und ermächtigt die genannten Institutionen und Personen, der Swiss Life AG 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 der Swiss Life AG zum Zweck der Leistungsprüfung und zur Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs weitergegeben sowie anderen beteiligten Versicherern und Rückversicherern wie auch an Gutachter übermittelt werden können.

Einwilligung zur Datenweitergabe

Die unterzeichnende Person willigt ein, dass ihre Daten im benötigten Ausmass zur Abklärung und zur allfälligen späteren Initialisierung einer bedarfsgerechten und individuellen Hilfeleistung (Care Management/Case Management/Job Coaching) an die damit beauftragten Institutionen weitergeleitet werden. Die unterzeichnende Person nimmt im Übrigen zur Kenntnis, dass die Swiss Life AG für die Datenaufbewahrung und Datenbearbeitung Dritte beauftragen kann.

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

Bei unrichtigen Angaben können die Swiss Life AG und die Vorsorgestiftungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen Leistungen kürzen oder ablehnen.

Unterschrift

Versicherte Person^{*)}

Datum

Ort

Unterschrift

^{*)} Eingabe erforderlich



Mehr Informationen und persönliche Beratung

Haben Sie weitere Fragen? Ihre Beraterin oder Ihr Berater hilft Ihnen gerne weiter:
www.swisslife.ch/de/unternehmen/kontakt.html



- Swiss Life AG, General-Guisan-Quai 40, Postfach, 8022 Zürich, Telefon +41 43 284 33 11
- www.swisslife.ch/unternehmen

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular per Post an:

Swiss Life AG, Unternehmenskunden, Postfach, 8022 Zürich