

Meldung Arbeitsunfähigkeit

Vertrag Nr. /

Arbeitgeber Name und Adresse

Kontaktperson E-Mail Telefon

Versicherte Person

Name Vorname Versichertennummer

Strasse, PLZ und Ort Geburtsdatum

Zivilstand Anzahl Kinder unter 20 Anzahl Kinder unter 25 und in Ausbildung

Erlerner Beruf Ausgeübte Tätigkeit/Funktion Telefon

Arbeitsunfähigkeit Arbeitsunfähig seit

- Krankheit Unfall/Berufskrankheit
 Keine Taggeldversicherung Keine Taggeldversicherung

Weitere Informationen Erste Taggeldabrechnung beiliegend, oder Name und Adresse des Taggeldversicherers

Referenznummer Name Kontaktperson Telefon

Behandelnder Arzt Name und Adresse

Massnahmen

Case Management: (Falls vorhanden) Name des Case Managers Telefon

IV Früherfassung: Meldung erfolgt? Ja, Datum Nein

Andere

Arbeitsverhältnis

Beschäftigungsgrad vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit

- Das Arbeitsverhältnis besteht weiter
 Das Arbeitsverhältnis wurde aufgelöst per

Falls das Arbeitsverhältnis aufgelöst wurde: Haben Sie uns die Austrittsmeldung schon zugestellt?

- Ja Nein (Bitte nachholen)

Bemerkungen

Ich wünsche telefonisch kontaktiert zu werden

Vollmacht

Liegt bei Wird direkt vom Versicherten zugestellt

Durch Versicherer einfordern

Datum Im Namen der Stiftung/des Arbeitgebers

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

a) Winterthur: AXA Winterthur, Leistungen, Paulstr. 9, 8401 Winterthur oder an:

claims-gl.wgr-box@axa.ch

b) Lausanne: AXA Winterthur, prestations, Avenue de Cour 26, 1007 Lausanne oder an:

claims-gl.wgr-box@axa.ch

Vollmacht und Abtretung

Vertrag Nr. .. /

Versicherte Person

Name	Vorname	Versichertennummer	
Strasse, PLZ und Ort		Geburtsdatum	Geschlecht
Erlerner Beruf	Ausgeübte Tätigkeit/Funktion	Telefon	<input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/> w.

Im Hinblick auf die Abklärung des Anspruchs, die Prüfung der Leistungsberechtigung der versicherten Person oder weiterer Anspruchsberechtigter und die Durchführung des Rückgriffes auf Dritte, gegen welche der versicherten Person oder deren Hinterbliebenen aus diesem Versicherungsfall Schadenersatzansprüche zustehen könnten, ermächtigt die unterzeichnete Person die AXA Leben AG ausdrücklich

- alle zur Abklärung des Leistungs- und Regressanspruchs notwendig erscheinenden Auskünfte und Unterlagen bei Krankenkassen, Kranken- und Krankentaggeldversicherern, Unfallversicherern, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen, Lebensversicherern, Arbeitslosen-, Haftpflicht- und Militärversicherungen, Ärzten, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten und Chiropraktikern 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 AXA Leben AG vorbehaltlos entbunden.

- die für die Schaden- und Regressabwicklung sowie die Wiedereingliederung ins Berufsleben notwendig erscheinenden Daten an Dritte, namentlich die AXA Versicherungen AG, 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 AXA Leben AG.

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.

Datum	Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters
-------	---