

# Anmeldung bei Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit

## Teil 1: Arbeitgeber

\*Vertrag Nr.: \_\_\_\_\_ \*Police Nr.: \_\_\_\_\_  
 \*Firma: \_\_\_\_\_  
 Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

### Bemerkungen:

- Teil 1 ist vom Arbeitgeber auszufüllen und kann getrennt von Teil 2 verschickt werden.
- Teil 2 ist von der versicherten Person auszufüllen und kann getrennt von Teil 1 verschickt werden.

Krankheit  Unfall

### 1 Personalien der versicherten Person (vom Arbeitgeber auszufüllen)

\*Name: \_\_\_\_\_ \*Vorname: \_\_\_\_\_ \*Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 \*Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ \*PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
 \*Beruf/Funktion: \_\_\_\_\_ \*Zivilstand: \_\_\_\_\_  
 \*Eintritt in die Firma: \_\_\_\_\_ Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_

\*Welches war der Lohn der versicherten Person bei Beginn der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit? Jahreslohn (ggf. hochgerechnet) in CHF

\*Befindet sich die versicherte Person in gekündetem Arbeitsverhältnis?  Ja  Nein  
 (\*)Wenn ja, per welchem Datum ist es aufgelöst? \_\_\_\_\_  
 (\*)Wenn nein, ist eine Kündigung vorgesehen und per wann? \_\_\_\_\_

### 2 Für diesen Fall mitbeteiligte Versicherungseinrichtungen

Unfallversicherer \_\_\_\_\_ Unfall Nr. \_\_\_\_\_ Lohnausfallversicherung \_\_\_\_\_  
 \*Eidg. Invalidenversicherung:  
 Meldung zur Früherfassung erfolgt?  Ja  Nein  
 Anmeldung zum Leistungsbezug durch versicherte Person erfolgt?  Ja  Nein  
 Anmeldung vorgesehen? Zuständiger Kanton  Ja  Nein  
 \*Militärversicherung?  Ja  Nein

Andere Versicherungsträger (inkl. ausländische Sozialversicherungen): \_\_\_\_\_

### 3 Für unterhaltspflichtige Personen

(\*)Angaben über Kinder, für die Leistungen geltend gemacht werden  
 Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Benötigte Unterlagen:

Kopie des Familienbüchleins und zusätzlich für in Ausbildung stehende Kinder, welche das reglementarische resp. versicherungsvertragliche Schlussalter überschritten haben, Bestätigung der entsprechenden Lehranstalt.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Stempel, Unterschrift des Arbeitgebers \_\_\_\_\_  
 Ihre wichtigste Internetsite: [www.helvetia.ch/arbeitgeber](http://www.helvetia.ch/arbeitgeber)

# Anmeldung bei Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit

## Teil 2: Versicherte Person

Bitte auf Seite 2 unterschreiben!

\*Vertrag Nr.: \_\_\_\_\_ \*Police Nr.: \_\_\_\_\_  
\*Firma: \_\_\_\_\_  
\*Name: \_\_\_\_\_  
\*Vorname: \_\_\_\_\_  
\*Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### 1 Angaben über die Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit

Neuanmeldung  Rückfall

\*Meldung zur Früherfassung bei der Eidg. Invalidenversicherung erfolgt?  Ja  Nein

Bei **Krankheit**

a) (\*)Woran leiden Sie?

\_\_\_\_\_

b) (\*)Unfallhergang? (inkl. beteiligte Personen, Gegenstände, Fahrzeuge)

\_\_\_\_\_

b) (\*)Seit wann hatten Sie Beschwerden?

(\*)Gibt es eine haftpflichtige Drittperson?  Ja  Nein

c) (\*)Sind Sie schon früher wegen der gleichen Krankheit behandelt worden?  Ja  Nein

(\*)Wenn ja, wann?

(\*)Durch welchen Arzt?

(\*)Besteht ein Polizeirapport?  Ja  Nein

c) (\*)Art der Verletzungen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte **Unterlagen** (Entscheide, Verfügungen, Bestätigungen) der/des Unfallversicherer/s beilegen.

### 2 Ärztliche Behandlung

a) \*Wann haben Sie erstmals den Arzt aufgesucht?

\*Welchen Arzt?

b) (\*)Nachher konsultierte oder zugezogene Ärzte? Wann und welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) \*Name und Adresse des Arztes, bei dem Sie jetzt in Behandlung oder Kontrolle stehen

\_\_\_\_\_

---

### 3 Während welcher Zeit und in welchem Umfang waren Sie arbeits- resp. erwerbsunfähig?

\*Zeit vom

\*bis

\*Erwerbsunfähigkeit in %

---

---

---

---

---

### 4 Vollmacht

Gemäss dem Reglement der Vorsorgeeinrichtung bzw. der autonomen/halbautonomen Stiftung des/der Unterzeichneten nimmt die Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG (nachfolgend "Helvetia") die Geschäftsführung der Vorsorgeeinrichtung wahr bzw. ist mit der Verwaltung und der Abwicklung des Leistungsfalles der autonomen/ halbautonomen Stiftung beauftragt.

Der/die Unterzeichnete ermächtigt deshalb die Helvetia, in ihrer Funktion als Geschäftsführerin der Vorsorgeeinrichtung bzw. als mit der Verwaltung und der Leistungsabwicklung betraute Stelle der autonomen/ halbautonomen Stiftung, die zur Abklärung seines/ihrer Leistungsanspruches und Abwicklung des angemeldeten Leistungsfalles erforderlichen Daten zu bearbeiten.

Der/die Unterzeichnete ermächtigt die Helvetia des Weiteren, allfällige Leistungsansprüche des/der Unterzeichneten gegenüber der Helvetia gestützt auf das Versicherungsvertragsgesetz anhand der erhaltenen Daten zu prüfen und Leistungsfälle der Vorsorgeeinrichtung und der Helvetia gegebenenfalls zu koordinieren.

Durch diese Vollmacht wird die Helvetia zudem ausdrücklich ermächtigt, bei sämtlichen in diesen Leistungsfall involvierten öffentlich- und privatrechtlichen Versicherungsträgern (Versicherungsgesellschaften und Versicherungsinstitutionen wie Eidg. Invalidenversicherung, Schweizerische Unfallversicherung, Eidg. Militärversicherung, Unfall- und Krankenversicherungsgesellschaften, Taggeldversicherer, Mit- oder Rückversicherer, Vorsorgeeinrichtungen, etc.), bei

den behandelnden Ärzten, anderen medizinischen Leistungserbringern, Spitälern, Heilanstalten, Arbeitgebern, Amtsstellen und Behörden, wie beispielsweise Einwohner- und Ermittlungsbehörden, Betreibungsämter, Steuerbehörden etc. (nachfolgend "Dritte") sachdienliche Auskünfte und Daten einzuholen sowie sämtliche relevanten Akten (medizinischer, beruflicher, finanzieller und juristischer Natur, wie beispielsweise medizinische Gutachten und Berichte der Berufsberatung) einzusehen und zugestellt zu erhalten.

Der/die Unterzeichnete ermächtigt diese Dritten, der Helvetia bzw. deren medizinischem Dienst auf Anfrage die zur Abklärung und Abwicklung des Leistungsfalles erforderlichen Daten bekannt zu geben und sämtliche relevanten Akten zuzustellen und entbindet diese Dritten hierzu ausdrücklich von ihren gesetzlichen und vertraglichen Schweige- und Geheimhaltungspflichten. Die zur Auskunftserteilung bevollmächtigten Dritten sind befugt, der Helvetia alle für die Abwicklung des angemeldeten Leistungsfalles relevanten Akten und Daten auch ohne erneutes Gesuch zuzustellen.

Der/die Unterzeichnete ermächtigt die Helvetia schliesslich, alle für die Abwicklung des angemeldeten Leistungsfalles relevanten Daten den involvierten Dritten im In- und Ausland zu übermitteln.

Bei Nichterteilung der vorliegenden Vollmacht ist die Helvetia nicht in der Lage, die erforderlichen Abklärungen vorzunehmen, was zu einer ungenügenden Klärung des Umfangs der Erwerbsunfähigkeit und damit zur Ablehnung der Versicherungsleistung führen kann. Die Ermächtigung des/der Unterzeichneten erfolgt unabhängig von einer Leistungspflicht seitens seiner/ihrer Vorsorgeeinrichtung.

---

\*Name:

\*Vorname:

\*Geburtsdatum:

---

Mit nachfolgender Unterschrift erteilt die versicherte Person die obengenannte Vollmacht in vollem Umfang.

---

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters

Beilagen

---

---

#### Bitte senden Sie dieses Formular an:

Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG, Postfach 3855, 4002 Basel

Ihre wichtigste Internetsite: [www.helvetia.ch/arbeitnehmer](http://www.helvetia.ch/arbeitnehmer)