



Arbeits-/Erwerbsunfähigkeitsmeldung

Swiss Life AG
 Unternehmen
 Postfach
 8022 Zürich

Arbeitgeber	Firma	_____
	Vertrag	_____
	Versichertengruppe	_____

Arbeitnehmer	Name	_____
	Vorname	_____
	Versicherten-Nr.	756. _____
	Strasse, Nr.	_____
	PLZ, Ort	_____
	Telefon Nr.	_____
	E-Mail-Adresse	@ _____
	Beruf und Funktion	_____

Ursache der Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit	Krankheit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art der Krankheit _____
	Unfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art des Unfalls _____

Verlauf der Arbeits- / Erwerbsunfähigkeit	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 _____

Früherfassung	Ist die Meldung zur Früherfassung an die Eidg. IV erfolgt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Name der IV-Stelle:	_____
	Meldung ist erfolgt am:	_____



**Aktuelle
Versicherungs-
situation**

Angemeldet bei

Referenznummer

Anerkannter
Grad

Krankentaggeldversicherung

Name und Adresse

Eidg. Invalidenversicherung

Name und Adresse

Unfallversicherung

Name und Adresse

Militärversicherung

Name und Adresse

Arbeitslosenversicherung / andere Sozialversicherung

Name und Adresse

Arbeitsverhältnis

Das Arbeitsverhältnis wird aufgelöst:

nein

ja per

Für künftige Auskünfte werden wir mit der versicherten Person Kontakt aufnehmen.

**Notwendige
Beilagen**

Zeugnisse

Arztzeugnisse

Unfallschein

Taggeldabrechnungen

Krankentaggeld

Unfalltaggeld

Taggeld der Eidg. IV

Rentenverfügungen

Eidg. IV

Unfallversicherer

Militärversicherer

Unterschriften

Arbeitgeber

Datum

Ort

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 der Stiftung und ermächtigt die genannten Institutionen und Personen, Swiss Life und der Stiftung bei Bedarf die notwendigen Auskünfte (einschliesslich medizinischer Angaben) zu erteilen und entsprechende Akteneinsicht zu gewähren. Es werden nur die konkret notwendigen Informationen eingeholt. Zudem ist die unterzeichnende Person damit einverstanden, dass Swiss Life und die Stiftung ihre Personalien und Gesundheitsdaten innerhalb von Swiss Life zum Zweck der Leistungsprüfung und zur Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs weitergibt sowie anderen beteiligten Versicherern und Rückversicherern übermittelt. Ausserdem ist die unterzeichnende Person damit einverstanden, dass ihre Daten im benötigten Ausmass zur Abklärung und zur allfälligen späteren Initialisierung einer bedarfsgerechten und individuellen Hilfeleistung (Case Management) an die damit beauftragten Institutionen weitergeleitet werden. Die unterzeichnende Person nimmt im Übrigen zur Kenntnis, dass Swiss Life für die Datenaufbewahrung und Datenbearbeitung Dritte beauftragen kann. Die Daten werden durch Swiss Life, die Stiftung und beauftragte Dritte streng vertraulich behandelt und dienen ausschliesslich der vertragsmässigen Abwicklung des Vorsorge- bzw. Versicherungsvertrages.

Private Krankenkasse

Referenznummer

Name und Adresse

Versicherte Person

Datum

Ort

Unterschrift

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

