

## Erwerbsunfähigkeitsmeldung

Kollektivversicherung

Vertragsnummer

Firma (Kurzname)

Versichertennummer (AHV-Nr.)

<b>Personalangaben</b>	Name
	Vorname
Adresse	Strasse, Nr.
	PLZ, Wohnort
Beruf	

**Erwerbsunfähigkeit**

- Beginn (Tag, Monat, Jahr)

Ist die Erwerbsunfähigkeit zurückzuführen

- auf eine **Krankheit**  ja  nein
- auf einen **Unfall** oder eine **Berufskrankheit**  ja  nein

Art der Krankheit/des Unfalls

**Zu welchem Grad ist die versicherte Person erwerbsunfähig?**      %      von      bis

Behandelnde Ärzte *)	Name	Adresse
*) Bei Krankenhäusern bitte auch Abteilung angeben.		

**Bitte Kopien bereits vorhandener Arztberichte und/oder Unfallscheine beilegen.**

**Ist eine Anmeldung der Erwerbsunfähigkeit erfolgt?**

<input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/> ja	Datum der Anmeldung:	Leistungen sind anerkannt:	
<input type="checkbox"/> bei der Eidg. IV		zu	% seit
<input type="checkbox"/> bei der Eidg. MV		zu	% seit
<input type="checkbox"/> beim Unfallversicherer nach UVG		zu	% seit
<input type="checkbox"/> bei einem ausländischen Sozialversicherer		zu	% seit
<input type="checkbox"/> beim Kollektiv-Krankentaggeldversicherer (Name der Agentur)		zu	% seit

**Bitte Kopien bereits erhaltener Verfügungen und/oder Abrechnungen beilegen.**

**Wird das Arbeitsverhältnis aufgelöst?**  ja  nein

- Wenn ja: In welchem Zeitpunkt?
- Soll sich Swiss Life im Weiteren direkt an die versicherte Person wenden?  ja  nein

**Minderjährige oder sich in Ausbildung befindende Kinder?**

Name des Kindes	Vorname	Geburtsdatum
-----------------	---------	--------------

**Bitte Ausbildungsbestätigung beilegen.**

**Bitte auch Rückseite vollständig ausfüllen.**



**Swiss Life  
Postfach  
8022 Zürich**

**Zahlstelle** (Bitte Einzahlungsschein beilegen)

Die **Renten** sind zu vergüten auf:

Bankkonto (Bank: Name/PLZ/Ort)  Postkonto

Clearing-Nr./BLZ

Konto-Nr.

Swiftcode

Konto lautend auf:

**Bei der BVG-Sammelstiftung oder Gemeinschaftsstiftung werden die Renten direkt an die versicherte Person ausbezahlt.**

**Quellensteuer**

Unterliegt die versicherte Person der Quellensteuer?

ja  nein  
(ZAR-Nr.)

• Wenn ja: Zentrale Ausländerregister-Nr.

Ist sie Grenzgänger/in?

ja  nein

• Wenn ja: Staatszugehörigkeit?

Deutschland (GD)  
 Österreich (GA)  
 Italien (GI)

**Bemerkungen**

**Arbeitgeber/Arbeitgeberin**

Ort und Datum

**Stempel und Unterschrift**

**Entbindung vom Berufs- bzw. Amtsgeheimnis/Akteneinsicht**

Soweit für die **Durchführung der Personalvorsorge** (Risikoprüfung/Abwicklung des konkreten Vorsorgefalles) **erforderlich**, entbindet die unterzeichnende Person die Eidgenössische Invalidenversicherung, die Militärversicherung, die Unfallversicherer, 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 ermächtigt die genannten Institutionen und Personen, Swiss Life bei Bedarf die notwendigen Auskünfte zu erteilen und entsprechende Akteneinsicht zu gewähren. Es werden nur die **konkret notwendigen Informationen** eingeholt, und sämtliche Daten werden durch Swiss Life **streng vertraulich** behandelt. Die betreffenden Daten dienen ausschliesslich der **vertragsmässigen Abwicklung** des Vorsorge- bzw. Versicherungsvertrages.

Ort und Datum

**Unterschrift der zu versichernden Person**

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

**Beilagen**

Kopien von Abrechnungen

Ausbildungsbestätigung

Unfallscheine

Arztberichte

Kopien von Verfügungen

**Bitte einsenden an:** Swiss Life, Postfach, 8022 Zürich