



# Arbeits-/Erwerbsunfähigkeitsmeldung

Swiss Life AG  
 Unternehmen  
 Postfach  
 8022 Zürich

<b>Arbeitgeber / Vorsorgeeinrichtung</b>	<b>Name</b>	_____
	<b>Vertrag</b>	_____
	<b>Versichertengruppe</b>	_____

<b>Arbeitnehmer</b>	<b>Name</b>	_____
	<b>Vorname</b>	_____
	<b>Versicherten Nr.</b>	_____
	<b>Geburtsdatum</b>	_____ <b>Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau
	<b>Strasse, Nr.</b>	_____
	<b>PLZ, Ort</b>	_____
	<b>Telefon Nr.</b>	_____
	<b>E-Mail-Adresse</b>	_____
	<b>Beruf und Funktion</b>	_____
	<b>Beschäftigungsgrad vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit</b>	_____
<b>Besteht eine Quellensteuerpflicht?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

<b>Arbeitsverhältnis</b>	Das Arbeitsverhältnis wird aufgelöst: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, per _____
--------------------------	--

<b>Ursache der Arbeits-/ Erwerbsunfähigkeit</b>	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall oder Berufskrankheit
	Art der Krankheit / des Unfalls: _____	

<b>Verlauf der Arbeits-/ Erwerbsunfähigkeit</b>	<b>Grad in %</b>	<b>gültig ab</b>	<b>gültig bis</b>
_____	____	____ . ____ . ____	____ . ____ . ____
_____	____	____ . ____ . ____	____ . ____ . ____
_____	____	____ . ____ . ____	____ . ____ . ____
_____	____	____ . ____ . ____	____ . ____ . ____
_____	____	____ . ____ . ____	____ . ____ . ____
_____	____	____ . ____ . ____	____ . ____ . ____
_____	____	____ . ____ . ____	____ . ____ . ____

**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

**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  
Versicherungs-  
situation**

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

Geburtsdatum

Versicherten-Nr. 756. . .

Name

Vorname

Geburtsdatum

Versicherten-Nr. 756. . .

Name

Vorname

Geburtsdatum

Versicherten-Nr. 756. . .

**Bitte Ausbildungsbestätigungen beilegen.**

**Bemerkungen**

**Unterschrift**

Arbeitgeber bzw.  
Vorsorgeeinrichtung

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

## 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.

## Unterschrift

Versicherte Person

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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