

Erwerbsunfähigkeitsmeldung der versicherten Person

Vertragsnummer

Versichertennummer (AHV-Nr.)

Kollektivversicherung

Name Vorname
Strasse, Nr. PLZ, Wohnort

Tätigkeit vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit

Beruf Branche

Genauere Tätigkeit selbständig angestellt

Arbeitgeber

Strasse, Nr. PLZ, Ort

Erwerbsunfähigkeit

- Beginn (Tag, Monat, Jahr)

Ist Ihre Erwerbsunfähigkeit zurückzuführen

- auf eine **Krankheit** ja nein

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

Art der Krankheit/des Unfalls:

Zu welchem Grad sind Sie erwerbsunfähig?	%	von	bis
.....
.....
.....

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

Bitte Kopien bereits vorhandener Arztberichte und/oder Unfallscheine beilegen.

Haben Sie Ihre Erwerbsunfähigkeit anderweitig angemeldet?

nein

ja

bei der Eidg. IV

bei der Eidg. MV

beim Unfallversicherer nach UVG

bei einem ausländischen Sozialversicherer

beim Kollektiv-Krankentaggeldversicherer

Datum der Anmeldung: Leistungen sind anerkannt:

..... zu % seit

..... zu % seit

..... zu % seit

..... zu % seit

..... zu % seit

Name der Agentur

Bitte Kopien bereits erhaltener Verfügungen und/oder Abrechnungen beilegen.

Haben Sie 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)
.....
Clearing-Nr./BLZ
Swiftcode

Postkonto
Konto-Nr.

Konto lautend auf

Quellensteuer

Unterliegen Sie der Quellensteuer? ja nein
- Wenn ja: Zentrale Ausländerregister-Nr. (ZAR-Nr.)

Sind Sie Grenzgänger/in? ja nein
- Wenn ja: Staatszugehörigkeit? Deutschland (GD)
 Österreich (GA)
 Italien (GI)

Bemerkungen

.....
.....
.....

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**

- Beilagen**
- Kopien von Abrechnungen
 - Ausbildungsbestätigung
 - Unfallscheine
 - Arztberichte
 - Kopien von Verfügungen
 -

Bitte einsenden an: Swiss Life, Postfach, 8022 Zürich