

## Erwerbsunfähigkeits-Fragebogen / Kollektivversicherung

### Versicherungsnehmer

Vertrags-Nr. \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
 Name/Tel. der Kontaktperson \_\_\_\_\_ Name und Tel. Kontaktperson Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
 Vorsorgeeinrichtung \_\_\_\_\_  
 Stifungsadresse \_\_\_\_\_  
 (gem. Eintrag HR) \_\_\_\_\_

### Angaben über die versicherte Person

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ Geschlecht  Mann  Frau  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Zivilstand  ledig  verwitwet  
 Nationalität \_\_\_\_\_  verheiratet  in eingetragener Partnerschaft  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  geschieden  in aufgelöster Partnerschaft  
 AHV-Nummer \_\_\_\_\_  
 Berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_

Sprache  Deutsch  Französisch  Italienisch

#### Beschäftigungsgrad vor Eintritt des Ereignisses

% \_\_\_\_\_  
 Beginn und allfälliges Ende des Arbeitsverhältnisses vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 AHV-Jahreslohn des Schadenjahres, gem. Stiftungsreglement Jahr \_\_\_\_\_ CHF \_\_\_\_\_  
 BVG-Altersguthaben per 31.12. des Schadenvorjahres, Art. 15, BVG Jahr \_\_\_\_\_ CHF \_\_\_\_\_

	Name _____	Vorname _____	Geburtsdatum _____
--	------------	---------------	--------------------

Kinder, sofern noch rentenberechtigt \_\_\_\_\_  
 (Ausbildungsbestätigungen beilegen nach dem Schlussalter) \_\_\_\_\_

### Angaben über die Erwerbsunfähigkeit

Beginn Tag \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_  
 Grad und Dauer % \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 % \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 % \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

#### Bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 30 Tagen beachten Sie bitte die Meldung zur Früherfassung der IV (siehe Seite 2)

Krankheit (Art, sofern bekannt) \_\_\_\_\_  
 Unfall (Hergang, sofern bekannt) \_\_\_\_\_  
 Namen und Adressen der behandelnden \_\_\_\_\_  
 Ärzte oder Kliniken (Kopien der vorhandenen \_\_\_\_\_  
 Arztberichte und/oder UVG-Scheine, Abrechnungen usw. beilegen) \_\_\_\_\_

**Anmeldung erfolgt an:** (Bitte Kopien der Anmeldungen, Mitteilungen, Abrechnungen und Verfügungen aller Stellen beilegen)

<input type="checkbox"/> Krankentaggeld	<input type="checkbox"/> UVG/MV	<input type="checkbox"/> andere
Gesellschaft _____		Versicherung _____
Kontaktperson _____	Kontaktperson _____	Kontaktperson _____
Telefon _____	Telefon _____	Telefon _____
<input type="checkbox"/> Casemanager, Absenzenmanager (falls vorhanden)	<input type="checkbox"/> Meldung zur Früherfassung der IV.	
Name _____	Falls nicht _____	
Telefon _____	Grund angeben _____	
<input type="checkbox"/> IV Anmeldung	<input type="checkbox"/> Ja, am _____	<input type="checkbox"/> Nein

**Zahlungsadressen**

Der Vorsorgeeinrichtung, resp. des Vorsorgewerkes (obligatorisch ausfüllen)

<input type="checkbox"/> PC-Konto Nr. _____	lautend auf _____
<input type="checkbox"/> Bankkonto Nr. _____	lautend auf _____
Bank-PC-Nr. _____	Bank-Name _____
Clearing-Nr. _____	Ort _____
IBAN-Nr. _____	

Der versicherten Person (sofern die Stiftung eine Direktzahlung der Rente an die versicherte Person wünscht)

<input type="checkbox"/> PC-Konto Nr. _____	lautend auf _____
<input type="checkbox"/> Bankkonto Nr. _____	lautend auf _____
Bank-PC-Nr. _____	Bank-Name _____
Clearing-Nr. _____	Ort _____
IBAN-Nr. _____	

**Quellensteuer**

Unterliegt die versicherte Person der Quellensteuer?  ja  nein

**Bemerkungen**

---



---



---

In Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen wird die Vorsorgeeinrichtung ermächtigt, die aufgeführten Daten zu bearbeiten und an die Mobilien zur Leistungsabwicklung sowie zur Bearbeitung eines allfälligen Regresses weiterzuleiten. Falls erforderlich, darf die Mobilien die Daten weitergeben, unter anderem an Mit- und Rückversicherer sowie an Vorsorgeeinrichtungen, denen die versicherte Person angehört oder angehört hat.

Ort und Datum \_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift der Stiftung, bzw. Arbeitgeber \_\_\_\_\_

**Beilagen**

<input type="checkbox"/> Meldung Früherfassung IV / Mitteilungen der IV	<input type="checkbox"/> Ausbildungsbestätigungen für Kinder
<input type="checkbox"/> Vollmacht (Original)	<input type="checkbox"/> ärztliche Bestätigungen
<input type="checkbox"/> Anmeldung beim Unfall- oder Krankentaggeld-Versicherer	<input type="checkbox"/> Berichte, Expertisen, etc.
<input type="checkbox"/> Kranken- oder UVG-Taggeldabrechnungen	<input type="checkbox"/> Vorsorgeausweise