

Meldung Arbeitsunfähigkeit

Anrede: <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum: _____
Name: _____	Vorname: _____
Strasse: _____	Hausnummer: _____
PLZ: _____	Ort: _____
Land: _____	Nationalität(en): _____
E-Mail: _____	Telefon: _____

(nachstehend «versicherte Person»)

1. Weitere Angaben

Versicherungsnummer: _____

AHV-Nummer: _____ Zivilstand: _____

Anzahl Kinder unter 18 Jahren: _____ Anzahl Kinder von 18-25 Jahren und in Ausbildung: _____

Grad Arbeitsunfähigkeit _____

Die versicherte Person ist arbeitsunfähig infolge: Krankheit Unfall

Arbeitsunfähig seit (Datum der erstmaligen Arbeitsunfähigkeit): _____

Behandelnder Arzt: _____ Adresse: _____

Sind andere Versicherungseinrichtungen (IV, BVG, SUVA/UVG, MV, Krankentaggeld etc.) in diesen Leistungsfall involviert?
 Ja Nein

Falls Ja, welche Versicherungseinrichtung? _____

Adresse: _____

Schadenummer: _____

2. Nächste Schritte

Sobald wir Ihre Meldung erhalten haben, werden wir alle notwendigen Unterlagen einholen und den Leistungsanspruch prüfen. Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular sowie die unterzeichnete Ermächtigung per Post oder per E-Mail an:

Stiftung freie Vorsorge
Löwenstrasse 25
Postfach
8021 Zürich

E-Mail: info@freievorsorge.ch

Datum: _____	
	
Name: _____	Vorname: _____

