

Meldung Arbeitsunfähigkeit

STIFTUNG FREIE VORSORGE
FÜR ÄRZTE UND ANDERE AKADEMISCHE BERUFE

Anrede: ☐ Herr ☐ Frau	Geburtsdatum:
Name:	Vorname:
Strasse:	Hausnummer:
PLZ:	Ort:
Land:	Nationalität(en):
E-Mail:	Telefon:

(nachstehend «versicherte Person»)

1. Weitere Angaben

Versicherungsnummer:

AHV-Nummer:

Anzahl Kinder unter 18 Jahren:

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:

Schadennummer:

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:



Anrede:	☐ Herr	☐ Frau	Geburtsdatum:	
Name:			Vorname:	
Strasse:			Hausnummer:	
PLZ:			Ort:	
Land:			Nationalität(en):	
E-Mail:			Telefon:	

(nachstehend «versicherte Person»)

1. Weitere Angaben

AHV-Nummer: _____ Versicherungsnummer: _____
Ereignis vom: _____

2. Ermächtigung

Die VZ BVG Rück AG benötigt Informationen und Unterlagen, um ihre Leistungspflicht abzuklären und versicherte Leistungen zu erbringen. Die versicherte Person entbindet

- Ärzte und Spitäler
- Arbeitgeber
- Amtsstellen und Behörden (z. B. Sozialamt, Sozial- und Fürsorgedienst)
- Invalidenversicherung (IV)/Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV)
- Pensionskassen
- Lebensversicherungen
- obligatorische oder private Unfallversicherungen
- Arbeitslosenkassen
- andere beteiligte Privatversicherer (z. B. Krankentaggeldversicherung)

und deren Personal von ihrem Berufs- und Amtsgeheimnis bzw. ihrer gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtigt sie, der VZ BVG Rück AG Auskunft zu erteilen sowie Einsicht in ihre Akten zu geben und Kopien von Unterlagen zu überlassen. Die VZ BVG Rück AG verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen und Unterlagen gemäss dem Datenschutzgesetz zu behandeln. Informationen dazu, wie die VZ BVG Rück AG Versichertendaten bearbeitet, sind in unserer Datenschutzerklärung unter www.vzch.com/datenschutz zu finden und können bei der VZ BVG Rück AG bezogen werden.

Ausserdem ermächtigt die versicherte Person die VZ BVG Rück AG, Informationen bzw. Unterlagen an

- die Invalidenversicherung
- die Pensionskasse
- die obligatorische oder private Unfallversicherung
- andere Haftpflichtige oder deren Haftpflichtversicherer (zur Begründung von Regressen)

zu übermitteln.

Datum:	
	
Name:	
Vorname:	

