

Meldung einer Arbeitsunfähigkeit

1 Angaben zum Vertrag und zur arbeitsunfähigen Person

Kollektiv-Lebensversicherungsvertrag zwischen der Stiftung freie Vorsorge für Ärzte und andere akademische Berufe und der Zürich Lebensversicherungs-Gesellschaft AG

Versicherungs-Nr.

Wir benötigen alle der folgenden Angaben zur arbeitsunfähigen Person:

Name, Vorname

Sozialvers.-Nr.

Geburtsdatum

Aktuelle Tätigkeit

Strasse, Nr.

PLZ, Ort, Land

Telefonnummer privat

E-Mail

Haben Sie eine Kollektiv-Kranken- oder Unfalltaggeldversicherung bei Zurich?

Nein Ja

Wenn ja:

Policen-Nr.

Schaden-Nr.

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

Nein Ja

Wenn ja:

Welche Versicherungseinrichtung?

Adresse

Schadennummer

2 Angaben zur Arbeitsunfähigkeit

Aus welchem Grund sind Sie arbeitsunfähig? Krankheit Unfall

Arbeitsunfähigkeit seit

3 Behandelnder Arzt

Name, Adresse

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

4 Was passiert als Nächstes?

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

Weitere Informationen finden Sie unter www.freievorsorge.ch

Bei Fragen wenden Sie sich an Telefonnummer +41 44 213 20 60 oder E-Mail info@freievorsorge.ch

Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG
Hagenholzstrasse 60, 8050 Zürich
Telefon 0800 80 80 80, www.zurich.ch

ZH18406d-2003

2/2



Ermächtigung

Versicherungs-Nr. _____

Name, Vorname _____

Sozialvers.-Nr. _____

Zurich und die Stiftung freie Vorsorge benötigt Informationen und Unterlagen, um ihre Leistungspflicht abzuklären und versicherte Leistungen zu erbringen.

Die unterzeichnende Person entbindet

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

und deren Personal von ihrer Geheimhaltungspflicht und ermächtigt sie, der Zurich und der Stiftung freie Vorsorge Auskunft zu erteilen sowie Einsicht in ihre Akten zu geben und Kopien von Unterlagen zu überlassen. **Zurich und die Stiftung freie Vorsorge verpflichten sich, die erhaltenen Informationen und Unterlagen gemäss dem Datenschutzgesetz zu behandeln.**

Ausserdem ermächtigt die unterzeichnende Person Zurich und die Stiftung freie Vorsorge, Informationen bzw. Unterlagen an

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

zu übermitteln.

Ort, Datum _____

Unterschrift der versicherten Person _____

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular per Post oder per E-Mail an:

Stiftung freie Vorsorge
Löwenstrasse 25
Postfach
8021 Zürich

Weitere Informationen finden Sie unter www.freievorsorge.ch

Bei Fragen wenden Sie sich an Telefonnummer +41 44 213 20 60 oder E-Mail info@freievorsorge.ch

Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG
Hagenholzstrasse 60, 8050 Zürich
Telefon 0800 80 80 80, www.zurich.ch

Die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG ist ermächtigt, alle Handlungen im Namen und für Rechnung der Zürich Lebensversicherungs-Gesellschaft AG vorzunehmen.