

Unternehmen: Vertrag Nr.:

1. AUSKÜNFTE ÜBER DIE VERSICHERTE PERSON

- a. Name und Vorname :
- Strasse :
- PLZ / Ort :
- Telefonnr. :
- b. Geburtsdatum :
- c. Welches Unternehmen ist Ihr:
- Krankentaggeldversicherer (Name, Adresse) :
 -
 -
 -
 - Unfallversicherer (Name, Adresse) :
 -
 -
 -

und legen Sie bitte die Taggeldabrechnungen bei.

2. AUSKÜNFTE BETREFFEND DIE ERWERBSUNFÄHIGKEIT UND DIE BERUFLICHE SITUATION

- a. Grund der Erwerbsunfähigkeit: Krankheit Unfall
- b. Grad und Dauer: % von bis
- % von bis
- % von bis
- c. Name und Adresse des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin:
-

und legen Sie bitte die ärztlichen Zeugnisse bei.

- d. Berufliche Situation:
- Berufliche Tätigkeit vor dem Beginn der Erwerbsunfähigkeit ?
 - Kann die versicherte Person dieselbe berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen? ja nein
 - Wurde oder wird der Arbeitsvertrag gekündigt? ja nein Falls ja, wann ?

3. ERKLÄRUNG DER VERSICHERTEN PERSON BETREFFEND DIE ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Die unterzeichnende Person, entbindet Ärzte, Spitäler und andere stationäre Einrichtungen (z.B. Alters- und Pflegeheime), den Arbeitgeber, die amtlichen Stellen und Behörden (z.B. Sozialamt, Sozialdienste), die Invalidenversicherung (IV)/Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), die Lebensversicherungen, die obligatorischen oder privaten Unfallversicherungen, die Arbeitslosenstellen und alle anderen beteiligten Privatversicherer (z.B. Krankentaggeldversicherung) und ihre Arbeitnehmenden von ihrer Geheimhaltungspflicht und ermächtigt sie zur Weitergabe von Informationen an die Fondation Collective Open Pension, deren Rückversicherer und Auftragnehmer, zur Gewährung von Einsicht in ihre Dossiers und zur Übermittlung von Dokumentenkopien. Die Fondation Collective Open Pension verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen und Dokumente im Einklang mit dem Bundesgesetz über den Datenschutz zu verarbeiten.

Die unterzeichnende Person ermächtigt darüber hinaus die Fondation Collective Open Pension zur Übermittlung von Informationen und/oder Dokumenten an die Invalidenversicherung, die obligatorische oder private Unfallversicherung, andere Haftpflichtige oder deren Haftpflichtversicherer (zur Begründung von Regressen).

Ort, Datum :

Unterschrift der versicherten Person :

4. DIE UNTERZEICHNENDEN PERSONEN ERKLÄREN EHRENWÖRTLICH, DASS DIE OBIGEN AUSKÜNFTE WAHRHEITSGEMÄSS SIND.

Ort, Datum :

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers :