

## Meldung einer Erwerbsunfähigkeit

### Arbeitgeber

Firma  Anschluss-Nr.

### Angaben über die versicherte Person

Name, Vorname:

Vorname

AHV-Nr.  .  .  .  Geburtsdatum:  /  /

E-Mail:  Telefon:

Adresse:

### Versicherung

Erwerbsausfall  
Krankheit  
(Name, Adresse)

Unfall (UVG)  
(Name, Adresse)

### Angaben betreffend Erwerbsunfähigkeit und berufliche Situation

Grund der Erwerbsunfähigkeit  Krankheit  Unfall

Grad und Dauer (%)  .  von  /  /  bis  /  /   
 .  von  /  /  bis  /  /   
 .  von  /  /  bis  /  /

Name und Adresse  
des behandelnden  
Arztes



Bitte Taggeldabrechnungen und ärztliche Zeugnisse beilegen.

### 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? .....

## Meldung einer Erwerbsunfähigkeit

### Erklärung der versicherten Person betreffend 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 Arbeitslosenkassen 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).

### Unterschriften

Ort, Datum:  /  /

Ort

Unterschrift des/r Versicherten:

### DIE UNTERZEICHNENDEN PERSONEN ERKLÄREN EHRENWÖRTLICH, DASS DIE OBIGEN AUSKÜNFTE WAHRH

Ort, Datum:  /  /

Ort

Stempel, Unterschrift Arbeitgeber: