# Erwerbsunfähigkeitsmeldung
Kollektivversicherung

SwissLife

**Vertrag Nr.:** .....

Firma: .....

Versicherten-Nr.: **756.** ..... AHV Nr. (11-stellig): .....

**Anmerkung:** Die in diesem Formular verwendete männliche Form umfasst selbstverständlich auch die weibliche Formulierung.

## Personalangaben

Name: ..... Vorname: .....

Strasse, Nr.: ..... PLZ, Ort: .....

Geburtsdatum: ..... Geschlecht: ❑ Mann ❑ Frau

Beruf: ..... Telefon Nr.: .....

## Erwerbsunfähigkeit

Die Erwerbsunfähigkeit ist zurückzuführen auf

❑ eine **Krankheit** ❑ einen **Unfall** oder eine **Berufskrankheit**

Beginn: ..... Art der Krankheit/des Unfalls: .....

**Zu welchem Grad ist die versicherte Person erwerbsunfähig?**

..... % von ..... bis .....

..... % von ..... bis .....

Behandelnde Ärzte * Name, Adresse: .....

Name, Adresse: .....

* Bei Krankenhäusern bitte auch Abteilung angeben

**Bitte Kopien bereits vorhandener Arztberichte und/oder Unfallscheine beilegen.**

**Ist eine Meldung zur Früherfassung an die Eidg. IV erfolgt?**

❑ nein

❑ ja Anmeldung am: .....

Meldung durch: .....

Name der IV-Stelle: .....

**Ist eine Anmeldung der Erwerbsunfähigkeit erfolgt?**

❑ nein

| ❑ ja | Anmeldung am: | Leistungen sind anerkannt: | |
|---|---|---|---|
| ❑ bei der Eidg. IV | ..... | zu ..... % | seit ..... |
| ❑ bei der Eidg. MV | ..... | zu ..... % | seit ..... |
| ❑ beim Unfallversicherer (UVG) | ..... | zu ..... % | seit ..... |
| ❑ bei einem ausländischen Sozialversicherer | ..... | zu ..... % | seit ..... |
| ❑ beim Kollektiv-Krankentaggeldversicherer | ..... | zu ..... % | seit ..... |

Name der Agentur: ..... Vertrag Nr.: .....

**Bitte Kopien bereits erhaltener Verfügungen und/oder Abrechnungen beilegen.**

**Wird das Arbeitsverhältnis aufgelöst?** ❑ ja ❑ nein Wenn ja, per wann: .....

- Sollen sich Swiss Life oder die GEMINI Sammelstiftung im Weiteren direkt an die versicherte Person wenden? ❑ ja ❑ nein

**Bitte auch Folgeseite vollständig ausfüllen.**

*X000000000000024301 4*

**Minderjährige oder sich in Ausbildung befindende Kinder?**

| Name: | Vorname: | Geburtsdatum: |
|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... |

**Bitte Ausbildungsbestätigungen beilegen.**

---

Fällige **Renten** sind auf folgende **Zahlstelle** zu vergüten (bitte Einzahlungsschein beilegen) :

❑ **Bank** ❑ **Post** Konto (falls IBAN nicht möglich) : .....

IBAN (max. 34 Stellen) : .....

Bank (Name, PLZ, Ort, Staat) : .....

SWIFT-Code (BIC) : ..... Clearing/BLZ: .....

Das Konto lautet auf: .....

**Bei Sammel- und Gemeinschaftsstiftungen werden die Renten direkt an die versicherte Person ausbezahlt.**

---

**Quellensteuer**

Unterliegt die versicherte Person der Quellensteuer? ❑ ja ❑ nein

- Wenn ja: Zentrale Ausländerregister-Nr. ..... (ZAR Nr.)

Ist die versicherte Person Grenzgänger? ❑ ja ❑ nein

- Wenn ja, welche Staatszugehörigkeit? ❑ Deutschland ❑ Frankreich ❑ Italien

---

**Bemerkungen:** .....

---

**Arbeitgeber**
bzw. **Vorsorgeeinrichtung**

..... .....
Ort und Datum Stempel und Unterschrift

---

**Entbindung vom Berufs- bzw. Amtsgeheimnis sowie Recht auf Akteneinsicht**
Soweit für die Durchführung der Personalvorsorge (Risikoprüfung/Abwicklung des konkreten Vorsorgefalles) erforderlich, entbindet die unterzeichnende Person die Eidgenössische Invalidenversicherung, die Militärversicherung, die Unfallversicherer, frühere Vorsorgeeinrichtungen, die Kranken- sowie Krankentaggeldversicherer, allfällige ausländische Versicherer sowie die sie behandelnden Ärzte von der Wahrung des Berufs- bzw. Amtsgeheimnisses gegenüber Swiss Life oder der GEMINI Sammelstiftung und ermächtigt die genannten Institutionen und Personen, Swiss Life oder die GEMINI Sammelstiftung bei Bedarf die notwendigen Auskünfte **(einschliesslich medizinischer Angaben)** zu erteilen und entsprechende Akteneinsicht zu gewähren. Es werden nur die konkret notwendigen Informationen eingeholt. Die Daten werden durch Swiss Life oder die GEMINI Sammelstiftung streng vertraulich behandelt und dienen ausschliesslich der vertragsmässigen Abwicklung des Vorsorge- bzw. Versicherungsvertrages.

**Krankenkasse:** .....

---

**Unterschrift**

**Versicherte Person**

..... .....
Ort und Datum Unterschrift

**Bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben können Swiss Life oder die GEMINI Sammelstiftung im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen Leistungen kürzen oder ablehnen.**

---

**Beilagen** ❑ Kopien von Abrechnungen ❑ Kopien von Verfügungen ❑ Unfallscheine
❑ Arztberichte ❑ Ausbildungsbestätigung ❑ .....

**Bitte einsenden an:** GEMINI Sammelstiftung, c/o Avadis Vorsorge AG, Josefstrasse 53, 8005 Zürich