

Nach Ablauf der vertraglich vereinbarten Wartezeit muss die teilweise oder vollständige Erwerbsunfähigkeit mittels dieses Formulars gemeldet werden. Bitte vollständig ausfüllen.

ARBEITGEBER

Vertragsnr.
Firma

VERSICHERTE PERSON

Name: Vorname:
AHV-Nr.: Geburtsdatum: / /
Privatadresse: (Strasse, Nr.)
(PLZ/Ort)

ERWERBSUNFÄHIGKEIT

Beginn der Erwerbsunfähigkeit / /
Ursache der Erwerbsunfähigkeit: Unfall Krankheit
Massgebender Lohn bei Eintritt der Erwerbsunfähigkeit: CHF
ab: / /

DAUER DER ERWERBSUNFÄHIGKEIT

.....% vom / / bis / /
.....% vom / / bis / /
.....% vom / / bis / /

BEHANDELNDE ÄRZTE

Name: Adresse:
Name: Adresse:

VERSICHERUNGEN

1. Wurde ein IV-Antrag gestellt? Falls ja, bitte Kopie des Arbeitgeber-Fragebogens beilegen. nein ja
2. a) Unfallversicherung: Vertragsnr.
Adresse: (Strasse, Nr.)
(PLZ/Ort)
b) Eventuelle Unfallzusatzversicherung: Vertragsnr.
Adresse: (Strasse, Nr.)
(PLZ/Ort)
3. Krankenversicherung: Vertragsnr.
Adresse: (Strasse, Nr.)
(PLZ/Ort)
4. Ist die versicherte Person für mehrere Arbeitgeber tätig? nein ja
Falls ja, bitte Name und Adresse des/der anderen Arbeitgeber angeben?
Name: Adresse:
Name: Adresse:

BEIZULEGENDE DOKUMENTE

- Von der versicherten Person unterzeichnete Vollmacht
- Krankheits- oder Unfallmeldung
- Abrechnungen der Erwerbsausfallversicherung bei Unfall oder Krankheit (UVG)
- Arztzeugnisse
- Kranken- oder Unfallblatt

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers:

ARBEITGEBER

Vertragsnr. /

Firma

VERSICHERTE PERSON

Name: Vorname:

AHV-Nr.: Geburtsdatum: / /

Privatadresse: (Strasse, Nr.)
(PLZ/Ort)

UMFANG DER VOLLMACHT

a) Andere Versicherer

Im Hinblick auf die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung der/des Versicherten, ermächtigt der/die Unterzeichnende den Rückversicherer der Stiftung ausdrücklich, bei sämtlichen in diesen Leistungsfall involvierten öffentlich- und privatrechtlichen Versicherungsträgern wie Krankenkassen, Krankenversicherer, Krankentaggeldversicherer, Unfallversicherer, UV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen usw., die erforderlichen Auskünfte einzuholen und insbesondere die relevanten Akten einzusehen (beispielsweise medizinische Gutachten und Berichte anderer Institutionen wie der Berufsberatung).

b) Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer

Ebenso wird der Rückversicherer der Stiftung mit nachfolgender Unterschrift ermächtigt, die ihr notwendig erscheinenden Auskünfte bei Ärzten und anderen medizinischen Leistungserbringern sowie Spitälern, Heilanstalten usw. einzuholen. Die Ärzte und die genannten Institutionen sind daher von der Schweigepflicht gegenüber dem Rückversicherer vorbehaltlos entbunden.

c) Weiterleitung der eigenen Akten

Im weiteren ermächtigt der/die Unterzeichnende den Rückversicherer Unterlagen über den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit, insbesondere medizinische Dokumente, der zuständigen IV-Stelle zu übermitteln, um dadurch die Chance der Wiedereingliederung ins Berufsleben zu erhöhen. Dieses Vorgehen ersetzt jedoch nicht die Anmeldung bei der IV, die durch die versicherte Person selber vorgenommen werden muss.

Kraft ihrer Unterschrift verleiht die versicherte Person dem Rückversicherer eine Vollmacht im oben ausgeführten Umfang (Punkte a bis c).

Ort und Datum:

**Unterschrift der versicherten Person
oder ihres Rechtsvertreters**

.....

.....

BITTE ZURÜCK AN:

Fondation Collective FCPE-Pensio
Case postale 300
1001 Lausanne