

# Arbeitsunfähigkeitsmeldung (Formular versicherte Person)

Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Vertrags-Nr. \_\_\_\_\_

## Angaben über die versicherte Person

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Sozialvers.-Nr. 756. \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_ Erlerner Beruf \_\_\_\_\_

Ausgeübte Tätigkeit \_\_\_\_\_

Bei Teilzeitangestellten: Beruht das Teilzeitpensum auf gesundheitlichen Gründen?  ja  nein

Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_

## Kinder

Haben Sie minderjährige oder in Ausbildung stehende volljährige Kinder?

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Sozialvers.-Nr. 756. \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Sozialvers.-Nr. 756. \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Sozialvers.-Nr. 756. \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Sozialvers.-Nr. 756. \_\_\_\_\_

Bitte bei volljährigen Kinder Ausbildungsbestätigungen beilegen.

## Angaben zur Arbeitsunfähigkeit (AUF)

Beginn der AUF \_\_\_\_\_

Diagnose \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Behandelnde Ärzte

Namen und Adressen \_\_\_\_\_  
(inkl. Abteilungen von \_\_\_\_\_  
Krankenhäusern) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte Kopien bereits vorhandener Arztberichte, Arztzeugnisse, Unfallscheine und Kranken- oder Unfalltaggeldabrechnungen beilegen.

## Zahlstelle

Fällige Renten sind auf folgende Zahlstelle zu vergüten:

Name der Bank/Post \_\_\_\_\_

Adresse der Bank \_\_\_\_\_

IBAN / Kontonummer \_\_\_\_\_ SWIFT/BIC \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

## Bemerkungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Vollmacht

Der Vollmachtgeber bevollmächtigt die Vollmachtnehmerin Swisscanto 1e Sammelstiftung bezüglich Abklärungen von Leistungsansprüchen im Rahmen der Sozialversicherungen und insbesondere der beruflichen Vorsorge

betreffend

### Entbindung vom Berufs- bzw. Amtsgeheimnis sowie Recht auf Akteneinsicht

Die unterzeichnende Person ermächtigt die Swisscanto 1e Sammelstiftung und deren Rückversicherer, die Schweizerische Mobiliar Lebensversicherungs-Gesellschaft AG, alle zur Prüfung des Leistungsanspruchs nötigen Akten und Auskünfte direkt einzuholen; dies bei ihr notwendig erscheinenden Ärzten, medizinischen Leistungserbringern, vertrauensärztlichen Diensten von Privat- und Sozialversicherungen, Spitälern, Heilanstalten und ähnlichen Einrichtungen. Ärzte und genannte Institutionen sind daher von der Schweigepflicht bzw. Berufsgeheimnis gegenüber der Swisscanto 1e Sammelstiftung und deren Rückversicherer vorbehaltlos entbunden. Die unterzeichnende Person entbindet zudem Krankenkassen, Krankenversicherer, Krankentaggeldversicherer, Unfallversicherer, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen, Amtsstellen und Behörden (z.B. Sozialamt, Sozial- und Fürsorgedienst), Lebensversicherungen, Arbeitslosenstellen und andere beteiligte Privatversicherer und deren Personal von ihrer Geheimhaltungspflicht und ermächtigt sie, Swisscanto 1e Sammelstiftung und dessen Rückversicherer Auskunft zu erteilen sowie Einsicht in ihre Akten zu geben und Kopien von Unterlagen zu überlassen.

### Weiterleitung von eigenen Akten und Auskunftserteilung

Die unterzeichnende Person ermächtigt die Swisscanto 1e Sammelstiftung Unterlagen über den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit und Akten zur Anspruchsprüfung, insbesondere medizinische Akten, ihrem Rückversicherer, ihren Vertrauensärzten, medizinischen Abklärungsstellen, (Sozial-)Versicherungsträgern, anderen Haftpflichtigen oder deren Haftpflichtversicherern (zur Begründung von Regressen) und Amtsstellen zu übermitteln sowie schriftliche und mündliche Auskünfte zu erteilen. Die Geltendmachung von Leistungsansprüchen muss unabhängig von dieser Ermächtigung durch die versicherte Person respektive ihren Vertretern erfolgen.

Swisscanto 1e Sammelstiftung und ihr Rückversicherer verpflichten sich, die erhaltenen Informationen und Unterlagen gemäss dem Datenschutzgesetz zu behandeln. Diese Vollmacht erlischt nicht mit dem Tod des Vollmachtgebers.

Mit nachfolgender Unterschrift erteilt der/die Unterzeichnende die obgenannte Vollmacht in vollem Umfang und bestätigt die Vollständigkeit und Richtigkeit der in der Arbeitsunfähigkeitsmeldung gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname der versicherten Person

\_\_\_\_\_  
Sozialversicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der versicherten Person  
oder des gesetzlichen Vertreters (Ernennungsurkunde einreichen)

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular samt Beilagen (Ausbildungsbescheinigungen volljähriger Kinder, Arztzeugnisse und -Berichte, Kranken- oder Unfalltaggeldabrechnungen) per Post an folgende Adresse:

Swisscanto 1e Sammelstiftung  
Geschäftsstelle  
Postfach  
8152 Glattbrugg