

# Erwerbsunfähigkeitsmeldung Einzelleben

Policen-Nr. \_\_\_\_\_

## 1 Angaben zur versicherten Person

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

Geburtsdatum 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_

Ich wünsche per E-Mail kontaktiert zu werden.

## 2 Tätigkeit vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit

Erlerner Beruf \_\_\_\_\_

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit \_\_\_\_\_

Branche \_\_\_\_\_

Vollzeit  Teilzeit    Stunden pro Woche: \_\_\_\_\_

Selbständig  Angestellt

Name des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Üben Sie einen Nebenberuf aus?

Ja  Nein

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

Stunden pro Woche \_\_\_\_\_

## 3 Ursache der Erwerbsunfähigkeit

Bei Krankheit:

Beginn 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bei Unfall:

Unfalldatum 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Art der Erkrankung \_\_\_\_\_

Art der Verletzung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Waren Sie deshalb schon früher in Behandlung?

Ja  Nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

## 4 Dauer der Erwerbsunfähigkeit

### Ausmass und Dauer der Erwerbsunfähigkeit

_____ %	von	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											bis	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
_____ %	von	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											bis	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
_____ %	von	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											bis	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
_____ %	von	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											bis	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										

### Rechnen Sie mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit?

Ja  Nein

Falls ja: \_\_\_\_\_ % per 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 5 Ärztliche Behandlung

### Behandelnde Ärzte

Name, Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Behandlung seit 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name, Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Behandlung seit 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name, Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Behandlung seit 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Welcher dieser Ärzte kann über den gesamten Verlauf der Krankheit bzw. Unfallfolgen Auskunft geben?

\_\_\_\_\_

### Sind weitere Therapeuten in die Behandlung involviert?

Ja  Nein

Wenn ja: Name, Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 6 Bemerkungen

---

---

---

---

---

---

---

---

## 7 Anderweitige Anmeldungen

Meine Erwerbsunfähigkeit ist ebenfalls angemeldet bei

Eidgenössische Invalidenversicherung (IV)

Leistungen sind anerkannt

zu \_\_\_\_\_ % seit 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Unfallversicherung

zu \_\_\_\_\_ % seit 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wenn ja: Name, Adresse

Referenz-Nr.

---

---

---

---

Krankentaggeldversicherung

Referenz-Nr.

Wenn ja: Name, Adresse

---

---

---

---

Krankenkasse

Referenz-Nr.

Wenn ja: Name, Adresse

---

---

---

---

Weitere Versicherer

Referenz-Nr.

Wenn ja: Name, Adresse

---

---

---

---

Falls Pensionskasse bei Zurich versichert:

Vertrags-Nr.

Sie erleichtern uns die Prüfung Ihres Anspruches, wenn Sie uns Kopien von bereits vorhandenen Arztberichten und Entscheiden anderer Versicherer (IV-Verfügungen, Unfallkarte, etc.) einreichen.

## 8 Steuermeldung

Die Lebensversicherungsgesellschaften sind verpflichtet, Erwerbsunfähigkeitsleistungen der Eidg. Steuerverwaltung zu melden, sofern die Jahresrente den Betrag von CHF 500 übersteigt. Wird gegen diese Steuermeldung Einspruch erhoben, ist Zurich verpflichtet, 15% aller meldepflichtigen Erwerbsunfähigkeitsleistungen zu Lasten der Versicherungsleistungen der Eidg. Steuerverwaltung abzuliefern, ohne dabei den Namen des Anspruchsberechtigten bekannt zu geben.

Ohne Ihren Gegenbericht werden wir im Leistungsfall eine Steuermeldung vornehmen.

## 9 Auszahlung

Die Versicherungsleistung soll wie folgt überwiesen werden:

IBAN

---

Name Post/Bank

---

Kontoinhaber

---

Wohnadresse des Kontoinhabers

---

Policen-Nr.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift

---

## 10 Erklärung der Pfandgläubigerin

Falls Ihre Police verpfändet ist, benötigen wir für die Auszahlung auf das von Ihnen angegebene Konto (Punkt 9) die nachfolgende Ermächtigung durch die Pfandgläubigerin.

Durch derartige Leistungen wird die Substanz der Versicherung nicht geschmälert.

Die unterzeichnende Pfandgläubigerin ermächtigt Zurich, alle Leistungen infolge von Erwerbsunfähigkeit an den Versicherungsnehmer auszubezahlen.

Ort und Datum

---

Unterschrift und Stempel  
der Pfandgläubigerin

---

# Ermächtigung

Ereignis vom \_\_\_\_\_

Die unterzeichnende Person nimmt zur Kenntnis, dass die Zürich Lebensversicherungs-Gesellschaft AG (Zurich Leben) im Zusammenhang mit der Leistungs- und Schadenabwicklung und zu weiteren Zwecken, wie der Reintegration, Daten bearbeitet, die sich auf natürliche Personen beziehen (Personendaten). Nähere Informationen zu dieser Bearbeitung finden sich in der Datenschutzerklärung von Zurich. Diese Datenschutzerklärung kann unter [www.zurich.ch/datenschutz](http://www.zurich.ch/datenschutz) abgerufen oder unter Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG, Datenschutz, Postfach, 8085 Zürich, [datenschutz@zurich.ch](mailto:datenschutz@zurich.ch) bezogen werden.

Zurich Leben behält sich vor, in diesem Zusammenhang und in den weiteren in der Datenschutzerklärung genannten Fällen Personendaten – ggf. einschliesslich von Gesundheitsdaten – an Dritte weiterzugeben. Die unterzeichnende Person verpflichtet sich, Dritte, deren Personendaten er Zurich Leben übermittelt, über die Bearbeitung ihrer Personendaten durch Zurich Leben zu informieren.

**Zurich Leben benötigt Informationen und Unterlagen, um ihre Leistungspflicht abzuklären und ggf. versicherte Leistungen zu erbringen.**

## Die unterzeichnende Person willigt daher ein, dass

- Ärzte
- Spitäler und andere stationäre Einrichtungen (z. B. Pflegeheime, Altersheime)
- Arbeitgeber
- Amtsstellen und Behörden (z. B. Strafverfolgungsbehörden, Polizei, Sozialamt, Sozial- und Fürsorgedienst)
- die Invalidenversicherung (IV) bzw. die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV)
- Pensionskasse(n)
- Krankenkasse(n)
- Militärversicherung
- obligatorische oder private Unfallversicherung(en)
- Arbeitslosenkasse(n)
- Andere beteiligte Privatversicherungen (z. B. Krankentaggeldversicherung, Lebensversicherung, Haftpflichtversicherung)
- und deren Personal

Zurich Leben und den von Zurich Leben beauftragten Dritten Auskunft erteilen, Einsicht in ihre Akten, inkl. Akten über den früheren Gesundheitszustand, geben und Kopien von Unterlagen überlassen. Die unterzeichnende Person befreit die genannten Stellen zu diesem Zweck von Geheimhaltungspflichten. Zurich Leben bearbeitet die erhaltenen Informationen im Einklang mit dem Datenschutzrecht. Weitere Angaben dazu sind unter [www.zurich.ch/datenschutz](http://www.zurich.ch/datenschutz) verfügbar.

Diese Einwilligungen und Befreiungen gelten im Rahmen ihres Zwecks ohne zeitliche Befristung. Sie können jederzeit durch schriftliche Erklärung an Zurich Leben widerrufen werden. Ein Widerruf wirkt jeweils nur für die Zukunft und kann dazu führen, dass Leistungen nicht erbracht werden können. Zurich Leben kann Personendaten auch im Widerrufsfall weiterhin bearbeiten, soweit diese Bearbeitung gesetzlich gestattet ist oder überwiegenden Interessen dient.

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

Policen-Nr. \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_

Ort und Datum \_\_\_\_\_

## Ausserdem willigt die unterzeichnende Person ausdrücklich ein, dass Zurich Leben zum Zweck der Koordination mit anderen Versicherern und zur Begründung von Regressen Informationen und Unterlagen an

- die Invalidenversicherung
- die Pensionskasse
- die obligatorische oder private Unfallversicherung
- die Militärversicherung
- andere Privatversicherer
- Mit- und Rückversicherer

übermitteln kann.

Unterschrift der  
versicherten Person \_\_\_\_\_