

Krankheits- und Unfallmeldung Kollektivleben (bei Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit)

1. Angaben über die versicherte Person

Vertrags-Nr.

Versicherten-Nr.

Name

Vorname

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Beruf

Aktuelle Tätigkeit

Wenn Sie über eine Kollektiv-Kranken- oder Unfalltaggeldversicherung bei Zurich verfügen, bitten wir um Bekanntgabe der Vertrags- und Schaden-Nummer.

2. Arbeitsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit

Grund: Krankheit Unfall

Arbeitsunfähig seit: Tag

Monat

Jahr

3. Arztadressen

Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik

Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik

4. Andere Versicherungseinrichtungen (IV, SUVA/UVG, MV, Krankenkassen etc.)

Sind andere Versicherungseinrichtungen in diesen Schadenfall involviert? Ja Nein

Wenn ja, welche?

5. Bemerkungen des Arbeitgebers

Ort

Unterschrift des Arbeitgebers/der Vorsorgeeinrichtung

(Ihre Unterschrift ist nur erforderlich, wenn Sie uns dieses Formular nicht elektronisch, sondern per Post zusenden)

Datum: Tag

Monat

Jahr

Bitte senden Sie dieses Formular direkt an: Zurich Schweiz, Leistungen Kollektivleben, Postfach, 8085 Zürich

oder via E-Mail an: Leistungen_KL_Invaliditaet@zurich.ch