

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

Aktuelle 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

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

Art der Erkrankung

Bei Unfall:

Unfalldatum

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

Art der Verletzung

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

9 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.

10 Auszahlung

Die Versicherungsleistung soll wie folgt überwiesen werden:

IBAN _____

Name Post/Bank _____

Kontoinhaber _____

Wohnadresse des Kontoinhabers _____

Policen-Nr. _____

Ort und Datum _____ Unterschrift _____

11 Erklärung der Pfandgläubigerin

Falls Ihre Police verpfändet ist, benötigen wir für die Auszahlung auf das von Ihnen angegebene Konto (Punkt 10) die nachfolgende Ermächtigung durch die Pfandgläubigerin.

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

Ort und Datum _____ Unterschrift und Stempel
der Pfandgläubigerin _____