

# 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 auszubehalten.

Ort und Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift und Stempel  
der Pfandgläubigerin \_\_\_\_\_