

Meldung einer Arbeitsunfähigkeit

1 Angaben zum Vertrag und zur arbeitsunfähigen Person

Um Sie identifizieren zu können, benötigen wir folgende Angaben:

Name des Arbeitgebers/der Stiftung

Vertragsnummer

Wir benötigen alle der folgenden Angaben zur arbeitsunfähigen Person:

Name, Vorname

AHV-Nummer

Geburtsdatum

Aktuelle Tätigkeit

Strasse, Nr.

PLZ, Ort, Land

Telefonnummer privat

E-Mail

Haben Sie eine Kollektiv-Kranken- oder Unfalltaggeldversicherung bei Zurich?

Nein Ja

Wenn ja:

Policen-Nr.

Schaden-Nr.

Sind andere Versicherungseinrichtungen (IV, SUVA/UVG, MV, Krankentaggeld etc.) in diesen Leistungsfall involviert?

Nein Ja

Wenn ja:

Welche Versicherungseinrichtung?

Adresse

Schadenummer

2 Angaben zur Arbeitsunfähigkeit

Aus welchem Grund ist Ihr Mitarbeitender arbeitsunfähig? Krankheit Unfall

Arbeitsunfähigkeit seit

3 Bemerkungen

4 Bestätigung des Arbeitgebers/der Stiftung

Ort, Datum

Unterschrift

5 Was passiert als Nächstes?

Sobald wir Ihre Meldung erhalten haben, werden wir alle notwendigen Unterlagen einholen und den Leistungsanspruch prüfen. Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular sowie die von Ihrem Mitarbeitenden unterzeichnete Ermächtigung per Post oder per E-Mail an:

Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG

Leistungen Kollektivleben

Postfach

8085 Zürich

leistungenkl@zurich.ch

Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG
Hagenholzstrasse 60, 8050 Zürich
Telefon 0800 80 80 80, www.zurich.ch

ZH18406d-2003

2/2



Ermächtigung

Vertragsnummer

Name, Vorname

AHV-Nr.

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

Die unterzeichnende Person entbindet

- Ärzte und Spitäler
- Arbeitgeber
- Amtsstellen und Behörden (z. B. Sozialamt, Sozial- und Fürsorgedienst)
- andere Sozialversicherer (wie z. B. Invalidenversicherung IV, Alters- und Hinterlassenenversicherung AHV)
- Pensionskassen
- Lebensversicherungen
- obligatorische oder private Unfallversicherungen
- Arbeitslosenkassen
- andere beteiligte Privatversicherer (z. B. Krankentaggeldversicherung)

und deren Personal von ihrer Geheimhaltungspflicht und ermächtigt sie, Zurich Auskunft zu erteilen sowie Einsicht in ihre Akten zu geben und Kopien von Unterlagen zu überlassen. **Zurich verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen und Unterlagen gemäss dem Datenschutzgesetz zu behandeln.**

Ausserdem ermächtigt die unterzeichnende Person Zurich, Informationen bzw. Unterlagen an

- die Invalidenversicherung
- die Pensionskasse
- die obligatorische oder private Unfallversicherung
- andere Haftpflichtige oder deren Haftpflichtversicherer (zur Begründung von Regressen)

zu übermitteln.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular per Post oder per E-Mail an:

Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG
Leistungen Kollektivleben
Postfach
8085 Zürich
leistungenkl@zurich.ch

Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG
Hagenholzstrasse 60, 8050 Zürich
Telefon 0800 80 80 80, www.zurich.ch

Die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG ist ermächtigt, alle Handlungen im Namen und für Rechnung der Zürich Lebensversicherungs-Gesellschaft AG vorzunehmen.