

# Meldung einer Arbeitsunfähigkeit



Wird einer Ihrer Mitarbeitenden durch Krankheit oder Unfall länger als drei Monate arbeitsunfähig, übernimmt Zurich die Beitragszahlung. Bei einer länger andauernden Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, die zur Erwerbsunfähigkeit führt, erhält Ihr Mitarbeitender zudem eine Invalidenrente und für rentenberechtigte Kinder eine Invaliden-Kinderrente.

## 1 Angaben zum Vertrag und zu Ihrem Mitarbeitenden

Name des Arbeitgebers	
Vertragsnummer	
AHV-Nummer	
Name	Vorname
Strasse, Nr.	PLZ, Ort, Land
E-Mail privat	Telefon privat
Geburtsdatum	Aktuelle Tätigkeit

### ◀ Frist

Bitte teilen Sie uns die Arbeitsunfähigkeit eines Mitarbeitenden, die länger als drei Monate dauert, schnellstmöglich mit.

### ◀ Hinweis

Ihre **Vertragsnummer** können Sie Ihrem Vorsorgeplan oder Ihrem Vorsorgeausweis entnehmen.

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

 Nein

 Ja

 Policen-Nr.

 Schaden-Nr.

### Sind andere Versicherungseinrichtungen (Krankentaggeldversicherung, Unfallversicherung / SUVA, IV, MV etc.) in diesen Schadenfall involviert?

 Nein

 Ja

 Name und Adresse der Versicherungseinrichtung

 Referenz-Nummer

### Haben Sie Fragen zu diesem Formular?

Der Leistungsdienst Kollektivleben von Zurich (Telefon +41 44 628 20 91) steht Ihnen von Mo – Fr von 08.00 – 17.00 Uhr für die Beantwortung Ihrer Fragen zur Verfügung.

## 2 Angaben zur Arbeitsunfähigkeit

Aus welchem Grund ist Ihr Mitarbeitender arbeitsunfähig?

- Krankheit  
 Unfall

Arbeitsunfähigkeit seit

## 3 Bemerkungen

## 4 Bestätigung des Arbeitgebers

Ort, Datum

Unterschrift

### ◀ Hinweis

**Arbeitsunfähig** ist jemand, der seiner Tätigkeit, welche er bis zur Erkrankung ausgeübt hat, aus medizinischen Gründen für eine bestimmte Zeit nicht mehr nachgehen kann. Die Arbeitsfähigkeit bezieht sich also immer auf die aktuelle Tätigkeit.

**Erwerbsunfähig** ist jemand, der in der aktuellen sowie in anderen zumutbaren beruflichen Tätigkeiten beeinträchtigt ist. Die Erwerbsunfähigkeit wird ausschliesslich von der IV festgelegt.

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular sowie die von Ihrem Mitarbeitenden unterzeichnete Ermächtigung an:

**Zürich Schweiz  
Scanning BVG  
Postfach  
8085 Zürich**

**leistungenKL@zurich.ch**

Wir werden alle notwendigen Unterlagen einholen und den Leistungsanspruch prüfen.

# Ermächtigung



Vertragsnummer	
Name	Vorname
AHV-Nr.	Ereignis vom

## ◀ Hinweis

Ihre **Vertragsnummer** können Sie Ihrem Vorsorgeausweis entnehmen.

## ◀ Hinweis

**Freiwillige Weiterversicherung nach dem 58. Altersjahr, wenn das Arbeitsverhältnis vom Arbeitgeber aufgelöst wurde:**

Die Weiterversicherung ist entweder mit Spar- und Risikoversicherung oder Risikoversicherung allein möglich. Die gesamten Kosten sind durch Sie selbst zu tragen. Die Anmeldung zur Weiterversicherung muss innerhalb von drei Monaten nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses erfolgen. Haben Sie Interesse an der Weiterversicherung? Kontaktieren Sie uns – wir sind gerne für Sie da.

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

Vita 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 sie Vita übermittelt, über die Bearbeitung ihrer Personendaten durch Vita zu informieren.

Vita benötigt Informationen und Unterlagen, um ihre Leistungspflicht abzuklären und ggf. versicherte Leistungen zu erbringen. Die unterzeichnende Person willigt daher ein, dass

- Ärzte und andere von Vita beauftragte Personen
- Spitäler und andere stationäre Einrichtungen (z. B. Pflegeheime, Altersheime)
- Medizinal- und Pflege(fach)personen sowie das administrative Personal
- 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)
- obligatorische oder private Unfallversicherung(en)
- Militärversicherung
- Arbeitslosenkasse(n)
- Privatversicherer (z. B. Krankentaggeldversicherung, Lebensversicherung, Haftpflichtversicherung)
- und deren Personal

Vita und den von Vita 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. Vita bearbeitet die erhaltenen Informationen im Einklang mit dem Datenschutzrecht. Weitere Angaben dazu sind unter [vita.ch/datenschutz](http://vita.ch/datenschutz) verfügbar.

Ausserdem willigt die unterzeichnende Person ausdrücklich ein, dass Vita 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
- Militärversicherung
- andere Privatversicherer
- Mit- und Rückversicherer

übermitteln kann.

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

Ort, Datum	Unterschrift der versicherten Person
------------	--------------------------------------

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular an:

**Zürich Schweiz  
Scanning BVG  
Postfach  
8085 Zürich**

**[leistungenKL@zurich.ch](mailto:leistungenKL@zurich.ch)**

Wir werden alle notwendigen Unterlagen einholen und den Leistungsanspruch prüfen.