

## Meldung einer Erwerbsunfähigkeit

Betrifft Vertrag Nr. ....

Vorsorgeeinrichtung .....

### 1. Angaben über die versicherte Person:

a) Name und Vorname: .....

Strasse: ..... Telefon: .....

PLZ/Ort: .....

b) Geburtsdatum: .....

c) Versicherungs-Nr.: .....

d) Welche Gesellschaft ist:

- Krankentaggeldversicherer (Name, Adresse): .....

- Unfallversicherer (Name, Adresse): .....

### 2. Angaben zur Erwerbsunfähigkeit und zum Arbeitsverhältnis:

a) Ursache der Erwerbsunfähigkeit:  Krankheit  Unfall

b) Umfang und Dauer ..... % vom ..... bis .....

..... % vom ..... bis .....

c) Name und Adresse des behandelnden Arztes:

.....  
oder ärztliche Bestätigung beilegen.

d) Anstellungsverhältnis:

- Berufliche Tätigkeit vor Beginn der Erwerbsunfähigkeit? .....

- Wird die versicherte Person ihre bisherige Tätigkeit wieder aufnehmen können?  ja  nein

- Ist bzw. wird das Dienstverhältnis aufgelöst?  ja  nein

Wenn ja, wann? .....

### 3. Erklärung der versicherten Person betreffend Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht:

Ich, .....  
erkläre mich damit einverstanden, dass die Basler Leben AG oder deren Bevollmächtigte bei Spitälern, Ärzten, anderen Medizinalpersonen und Behörden, insbesondere auch bei Unfall-, Kranken- und Lebensversicherern, der Eidg. Invalidenversicherung, der Eidg. Militärversicherung und der Eidg. Unfallversicherung, alle Auskünfte einholt, die für die Beurteilung meines früheren, gegenwärtigen und zukünftigen Gesundheitszustandes für notwendig gehalten werden. Ich entbinde die vorerwähnten Personen und Institutionen von der ärztlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, der Basler Leben AG oder deren Bevollmächtigten jede gewünschte Auskunft zu erteilen.

Ort, Datum:

Unterschrift der versicherten Person:

### 4. Die unterzeichnenden Personen bestätigen mit ihrer Unterschrift die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum:

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers/der Stiftung