

## Meldung einer Erwerbsunfähigkeit

Vertragsnummer	
Versicherungsnehmer	
Versichertennummer	

### 1. Personendaten

Name und Adresse	
Geburtsdatum	
Ihr Telefon	
Ihre E-Mail	
Krankenversicherer (Name, Adresse)	
Krankentaggeldversicherer (Name, Adresse)	
Unfallversicherer (Name, Adresse)	

### 2. Erwerbsunfähigkeit und Arbeitsverhältnis

Ursache der Erwerbsunfähigkeit		<input type="radio"/> Krankheit	<input type="radio"/> Unfall	
Umfang und Dauer	zu	%	von	bis
	zu	%	von	bis
Name und Adresse des behandelnden Arztes				

---

### 3. Entbindung ärztliche Schweigepflicht

---

Die unterzeichnende Person ermächtigt die Basler Leben AG zur Prüfung ihres Versicherungsfalles ihre Person betreffende Daten zu bearbeiten, zu koordinieren und auszutauschen.

Die Basler Leben AG kann insbesondere:

- Daten an andere Beteiligte (medizinische Leistungserbringer, Sozial- und Privatversicherer, Vorsorgeeinrichtungen, Amtsstellen, Case-Manager) zur Datenbearbeitung übermitteln;
- bei medizinischen Leistungserbringern (Ärzten, Chiropraktoren, Psychologen, Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, Laboratorien, Spitälern, Rehabilitationskliniken, Einrichtungen zur teilstationären oder ambulanten Krankenpflege, Pflegeheimen), Sozial- (AHV, IV, UVG- und KVG-Versicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenversicherung) und Privatversicherern, Vorsorgeeinrichtungen, Amtsstellen, Arbeitgebern sowie anderen Auskunftspersonen sachdienliche Informationen einholen sowie in deren Akten Einsicht nehmen.

Die unterzeichnende Person ermächtigt die betreffenden Personen und Institutionen sowie die Basler Leben AG auf Anfrage die zur Prüfung und Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Daten bekannt zu geben und entbindet sie zu diesem Zweck von ihrer Geheimhaltungspflicht.

---

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

---

---

### 4. Unterschrift (bestätigt die Richtigkeit der gemachten Angaben)

---

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des  
Arbeitgebers/der Stiftung

---