

Meldung Arbeitsunfähigkeit

Betrieb Nr. _____
Vertrag Nr. _____ /

| | | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------|------------------------|--|
| Versicherte Person | Name | Vorname | AHV-Nummer | |
| | Strasse, PLZ und Ort | | Geburtsdatum | Geschlecht |
| | Zivilstand | | Anzahl Kinder unter 18 | Anzahl Kinder unter 25 und in Ausbildung |
| Erreichbar unter | E-Mail-Adresse Privat | Telefon Nr. | | |

Ereignis Die versicherte Person ist infolge _____ erwerbsunfähig seit _____ (Datum der erstmaligen Erwerbsunfähigkeit infolge derselben Ursache)

Krankheit Unfall

Lohnzahlung der Firma bis _____ Beiträge abgezogen bis _____

Kollektive Krankentaggeldversicherung besteht (nur ausfüllen wenn Krankheit angekreuzt)

Versicherungsgesellschaft _____ keine

Obligatorische Unfallversicherung (UVG) besteht (nur ausfüllen wenn Unfall angekreuzt)

Versicherungsgesellschaft _____ bei SUVA

- Beilagen** Bitte Kopien aller nachstehend aufgeführten Unterlagen beilegen:
- Arztzeugnis(se)
 - Taggeldabrechnungen der Krankentaggeldversicherung/des Unfallversicherers
 - IV-Verfügung
 - Von der versicherten Person unterzeichnete Vollmacht

Behandelnder Arzt Name _____

Strasse, PLZ und Ort _____

Bemerkungen _____

Unterschrift Datum _____ Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers bzw. der versicherten Person (Freischaffende und Selbständigerwerbende)

Senden an vorsorgestiftung film und audiovision
Durchführungsstelle
Postfach 300
8401 Winterthur

Vollmacht und Abtretung

Betrieb Nr.

Vertrag Nr. /

Versicherte
Person

| | | | |
|----------------------|------------------------------|---|------------|
| Name | Vorname | AHV-Nummer | |
| Strasse, PLZ und Ort | | Geburtsdatum | Geschlecht |
| | | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w | |
| Erlerner Beruf | Ausgeübte Tätigkeit/Funktion | Telefon Nr. | |

Im Hinblick auf die Abklärung des Anspruchs, die Prüfung der Leistungsberechtigung der versicherten Person oder weiterer Anspruchsberechtigter und die Durchführung des Rückgriffes auf Dritte, gegen welche der versicherten Person oder deren Hinterbliebenen aus diesem Versicherungsfall Schadenersatzansprüche zustehen könnten, ermächtigt die unterzeichnete Person die AXA Leben AG ausdrücklich

- alle zur Abklärung des Leistungs- und Regressanspruchs notwendig erscheinenden Auskünfte und Unterlagen bei Krankenkassen, Kranken- und Krankentaggeldversicherern, Unfallversicherern, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen, Lebensversicherern, Arbeitslosen-, Haftpflicht- und Militärversicherungen, Ärzten, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten und Chiropraktikern sowie Spitälern, Heilanstalten, Arbeitgebern und anderen Personen/Institutionen direkt einzuholen.

Die Ärzte und die genannten Institutionen und Personen werden damit von ihrem Berufsgeheimnis bzw. ihrer ärztlichen oder gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der AXA Leben AG vorbehaltlos entbunden.

- die für die Schaden- und Regressabwicklung sowie die Wiedereingliederung ins Berufsleben notwendig erscheinenden Daten an Dritte, namentlich die AXA Versicherungen AG, mitbeteiligte Versicherer oder allfällige Einzellebensversicherer und die zuständige IV-Stelle weiterzuleiten und von diesen die erforderlichen Auskünfte einzuholen.
- eigene Gutachten in Auftrag zu geben. Die Kosten übernimmt die AXA Leben AG.

Sofern der versicherten Person oder deren Hinterbliebenen gegenüber Dritten, welche für den Versicherungsfall haften, Schadenersatzansprüche aus diesem Versicherungsfall zustehen, werden hiermit sämtliche Ansprüche bis auf die Höhe der reglementarischen Leistungen an die leistungspflichtige Vorsorgeeinrichtung abgetreten.

Unterschrift Datum Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters

Senden an vorsorgestiftung film und audiovision
Durchführungsstelle
Postfach 300
8401 Winterthur