

# Meldung Arbeitsunfähigkeit

## Vertrag

Vertragspartner \_\_\_\_\_  
 Vertragsnummer \_\_\_\_\_  
 Kontaktperson \_\_\_\_\_

## Versicherte Person

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Strasse, Nr., PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Sozialversicherungsnummer \_\_\_\_\_  
 Telefonisch erreichbar: \_\_\_\_\_  
 Geschlecht  männlich  weiblich  
 Sprache de  fr  it  en   
 Zivilstand  ledig  verheiratet  eingetragene Partnerschaft  Konkubinat  
 richterlich getrennt  richterlich getrennte Partnerschaft  
 geschieden  gerichtlich aufgelöste Partnerschaft  
 verwitwet  durch Tod aufgelöste Partnerschaft

**Im Falle einer Scheidung/einer gerichtlich aufgelösten Partnerschaft bitte die Dauer der Ehe/der eingetragenen Partnerschaft angeben: \_\_\_\_\_ Jahre**

## Kinder unter 18 bzw. 25 Jahren, sofern noch in Ausbildung

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## Berufliche Aktivität

Erwerbstätigkeit  angestellt  selbstständig von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Vorbehalt vorliegend  ja  nein seit \_\_\_\_\_  
 AHV-Bruttolohn \_\_\_\_\_ Beschäftigungsgrad \_\_\_\_\_ %  
 Arbeitgeber/Firmenname \_\_\_\_\_  
 Aktuelle Tätigkeit \_\_\_\_\_  
 Erlerner Beruf \_\_\_\_\_

## Arbeitsunfähigkeit

Beginn Arbeitsunfähigkeit \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ zu \_\_\_\_\_ % bis \_\_\_\_\_  
 Ursache  Krankheit  Unfall  Mutterschaft  unklar

## Behandelnder Arzt

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Strasse, Nr., PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Fachgebiet \_\_\_\_\_  
Erstkonsultationen \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Weitere beteiligte Ärzte 1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_

### Versicherungsträger

Anmeldung erfolgt bei  
(Bitte Name der Gesellschaft und Adresse angeben)

- Krankentaggeldversicherung: \_\_\_\_\_
- Unfallversicherung: \_\_\_\_\_
- Eidg. Invalidenversicherung: \_\_\_\_\_
- Eidg. Militärversicherung \_\_\_\_\_
- Pensionskasse: \_\_\_\_\_
- Haftpflichtversicherung: \_\_\_\_\_
- Andere: \_\_\_\_\_

### Case Management

Wurde bereits ein Case Management aufgeboden respektive in die Wege geleitet?     ja     nein

Falls ja, wann und durch wen?    \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    durch \_\_\_\_\_

### Unterlagen

Bitte senden Sie elipsLife die folgenden Formulare rasch möglichst zu:

- Meldung Arbeitsunfähigkeit
- Vollmacht
- Kopie aktuelles Vorsorgereglement
- Kopie aktueller Versicherungsausweis
- Gesundheitsfragebogen bzw. Abklärung vollständige Gesundheit bei Eintritt
- Vorbehalt (falls vorhanden)
- Arztzeugnis
- Kopie Anmeldung/Verfügung anderer Versicherungsgesellschaften (falls vorhanden)

elipsLife wird den Schadenfall bearbeiten, sobald die erwähnten Unterlagen vollständig vorhanden sind.

### Bemerkungen

---

---

---

---

Ort, Datum

Unterschrift der Vorsorgeeinrichtung

**Hinweis:** Bitte senden Sie die vollständigen Unterlagen an die nachfolgende Adresse:  
**Vertraulich**, elipsLife, Claims Management, Thurgauerstrasse 54, Postfach, 8050 Zürich  
Bei Fragen sind wir erreichbar unter **T +41 44 215 45 40** oder [claims.ch@elipslife.com](mailto:claims.ch@elipslife.com)