

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
