

MELDUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Arbeitgeber

Ort/Kanton

Firmen-Nr.

Vorsorgeplan

Wartefrist

Kategorie

Selbständigerwerbend Angestellt

Personalien der versicherten Person

Name

Vorname

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Geburtsdatum

AHV-Nr.

Telefon (tagsüber)

E-Mail

Geschlecht

Weiblich Männlich

Sprache

Deutsch Französisch Italienisch

Zivilstand

Verheiratet Eingetragene Partnerschaft

Ledig Geschieden Verwitwet

Versicherungsbeginn

Eintritt in die Firma

AHV-Bruttolohn (letzter Jahreslohn vor der Arbeitsunfähigkeit)

CHF

Beschäftigungsgrad in % (vor der Arbeitsunfähigkeit)

Sind Sie bei der IV/UV/MV oder einer anderen Versicherungsgesellschaft für Leistungen angemeldet?

Ja Nein

Bei wem? (wenn ja, bitte Kopien/Abrechnungen beilegen)

Name

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Datum

Beginn der Arbeitsunfähigkeit

Krankheit Unfall Unfall mit Dritteinwirkung

Grund der Arbeitsunfähigkeit

Wenn Unfall (Gesellschaft/Kontakt/Referenz-Nr.)

Nähere Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung

Seit wann besteht die gesundheitliche Beeinträchtigung?

Datum

Prozent und Dauer der Arbeitsunfähigkeit

(Arztzeugnisse beilegen)

vom bis %

vom bis %

vom bis %

Angaben des behandelnden Arztes

Name/Vorname

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

MELDUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Arbeitgeber **Ort/Kanton**

Firmen-Nr. **Vorsorgeplan**

Selbständigerwerbend Angestellt

Versicherte Person

Name Vorname

Geburtsdatum AHV-Nr.

Existieren weitere Freizügigkeitsansprüche oder sind Sie bei einer weiteren Vorsorgeeinrichtung versichert? Ja Nein

Bei wem? (wenn ja, bitte Kopien/Abrechnungen beilegen) Name

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Die Prämienbefreiung im Invaliditätsfall erstreckt sich auf alle von der versicherten Person geschuldeten Prämien. Die Prämienbefreiung beginnt nach einer Wartefrist von 6 Monaten. Sie wird bei einer vorübergehenden oder dauernden Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % gewährt. Die Prämien (bzw. Beiträge), bis zur Prämienbefreiung im Invaliditätsfall sind vom Arbeitgeber geschuldet. Die Anschlussvereinbarung und das Leistungsreglement sind massgebend und regeln die Details.

VOLLMACHT

Ermächtigung zur Abklärung der Ansprüche von Versicherten- und Invalidenleistungen

Die versicherte Person entbindet die behandelnden Ärzte ausdrücklich vom Berufsgeheimnis (inkl. Herausgabe der Krankengeschichte), ermächtigt die VSAO Stiftung für Selbständigerwerbende zur Einsichtnahme der Akten sämtlicher Sozialversicherungen und anderer Versicherungen (inkl. Haftpflichtversicherungen) und deren Weitergabe für die Erstellung medizinischer Berichte und Gutachten und/oder Polizeiberichte verbunden mit dem Grund der Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit.

Sie erlaubt der Stiftung im Weiteren die Einsichtnahme in die Personalakten und deren Aushändigung in Kopie, ebenso die Weiterverwendung für die Erstellung von Berichten und Gutachten. Sie nimmt Kenntnis von den Bestimmungen der Sozialversicherungs-gesetzgebung, wonach die Sozialversicherer verpflichtet sind, sich gegenseitig Akteneinsicht zu gewähren.

Die unterzeichnende versicherte Person bescheinigt hiermit die Richtigkeit der bisherigen Ausführungen.

Ort/Datum

Unterschrift der versicherten Person

.....

Bemerkungen

.....

.....

Bitte folgende Dokumente (Kopien) beilegen

- Ärztlicher Bericht (Anamnese, Diagnose und Prognose der Krankheit oder des Unfalls)
- Ärztliche Zeugnisse
- Alle Kranken- oder Unfalltaggeld-Abrechnungen und komplette Adresse der Versicherung
- IV-Anmeldung bei der zuständigen IV-Stelle und Adresse
- Bescheinigung über weiteres Erwerbseinkommen
- Auszug aus dem individuellen Konto (IK) und AHV-Ausweis
- Allfällige Leistungsvereinbarungen mit der Haftpflichtversicherung oder der schädigenden Person (sofern vorhanden)
- Unfallmeldung (UVG) oder Meldung bei der Militärversicherung (MVG) (sofern vorhanden)
- Alle Verfügungen • IV • UV • MV • andere Versicherungsgesellschaft (sofern vorhanden)

Die versicherte Person erklärt, die oben gestellten Fragen verstanden zu haben. Sie bestätigt die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorerwähnten Angaben und nimmt davon Kenntnis, dass die VSAO Stiftung für Selbständigerwerbende bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben im Rahmen der reglementarischen und gesetzlichen Bestimmungen die Ausrichtung von Leistungen reduzieren oder verweigern sowie Schadenersatzansprüche geltend machen kann.