



Anmeldung bei Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit

Teil 1: Arbeitgeber

zu Händen der Helvetia, Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG (nachstehend Helvetia) als Versicherer der Swisscanto Sammelstiftungen.

Kontaktstelle:

*Vertrag Nr.:

*Police Nr.:

*Firma:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Bemerkungen:

- **Teil 1 ist vom Arbeitgeber** auszufüllen und kann getrennt von Teil 2 eingereicht werden.
- **Teil 2 ist von der versicherten Person** auszufüllen und kann getrennt von Teil 1 eingereicht werden.

1 Personalien der versicherten Person

*Name:

*Vorname:

*Geburtsdatum:

*Strasse, Nr.:

*PLZ, Ort:

*Beruf/Funktion:

*Zivilstand:

*Eintritt in die Firma:

Tel. Geschäft:

*Lohn der versicherten Person bei Beginn der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit? Jahreslohn (ggf. hochgerechnet)

*Pensum der versicherten Person vor der Arbeitsunfähigkeit in Prozent

*Befindet sich die versicherte Person in gekündetem Arbeitsverhältnis?

Ja Nein

(*\Wenn ja, per welchem Datum ist es aufgelöst?

(*\Wenn nein, ist eine Auflösung vorgesehen und per wann?

*Eintritt der Arbeitsunfähigkeit:

Krankheit

Unfall

2 Für diesen Fall mitbeteiligte Versicherungseinrichtungen

Krankentaggeldversicherer

Unfallversicherer

Unfall Nr.

*Eidg. Invalidenversicherung:

Meldung zur Früherfassung erfolgt?

Ja Nein

Anmeldung zum Leistungsbezug Person erfolgt?

Ja Nein

Zuständiger Kanton

*Militärversicherung?

Ja Nein

Andere Versicherungsträger (inkl. ausländische Sozialversicherungen):

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arbeitgebers



Anmeldung bei Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit

Teil 2: Versicherte Person

Bitte auf Seite 2 unterschreiben!

zu Händen der Helvetia, Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG (nachstehend Helvetia) als Versicherer der Swisscanto Sammelstiftungen.

*Vertrag Nr.: _____ *Police Nr.: _____

*Firma: _____

*Name: _____

*Vorname: _____

*Geburtsdatum: _____

Tel. privat: _____

1 Angaben über die Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit (von der versicherten Person auszufüllen)

Neuanmeldung Rückfall

*Meldung zur Früherfassung bei der Eidg. Invalidenversicherung erfolgt? Ja Nein

Bei **Krankheit**

a) (*Woran leiden Sie?

b) (*Seit wann hatten Sie Beschwerden?

c) (*Sind Sie schon früher wegen der gleichen Krankheit behandelt worden? Ja Nein

(*Wenn ja, wann?

(*Durch welchen Arzt?

Bei **Unfall** (inkl. Berufskrankheiten)

a) (*Zeit und Ort des Unfalls?

b) (*Unfallhergang? (inkl. beteiligte Personen, Gegenstände, Fahrzeuge)

(*Gibt es eine haftpflichtige Drittperson? Ja Nein

(*Besteht ein Polizeirapport? Ja Nein

c) (*Art der Verletzungen?

Bitte **Unterlagen** (Entscheide, Verfügungen, Bestätigungen) der/des Unfallversicherer/s beilegen.

2 Ärztliche Behandlung

a) *Wann haben Sie erstmals den Arzt aufgesucht?

*Welchen Arzt? _____

b) (*Nachher konsultierte oder zugezogene Ärzte? Wann und welche?

c) *Name und Adresse des Arztes, bei dem Sie jetzt in Behandlung oder Kontrolle stehen

3 Für unterhaltspflichtige Personen

(*)Angaben über Kinder, für die Leistungen geltend gemacht werden

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Benötigte Unterlagen:

Kopie des Familienbüchleins und zusätzlich für in Ausbildung stehende Kinder, welche das reglementarische resp. versicherungsvertragliche Schlussalter überschritten haben, Bestätigung der entsprechenden Lehranstalt.

4 Vollmacht

Gemäss dem Reglement der Vorsorgeeinrichtung bzw. der autonomen/halbautonomen Stiftung des/der Unterzeichneten nimmt die Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG (nachfolgend "Helvetia") die Geschäftsführung der Vorsorgeeinrichtung wahr bzw. ist mit der Verwaltung und der Abwicklung des Leistungsfalles der autonomen/ halbautonomen Stiftung beauftragt. Der/die Unterzeichnete ermächtigt deshalb die Helvetia, in ihrer Funktion als Geschäftsführerin der Vorsorgeeinrichtung bzw. als mit der Verwaltung und der Leistungsabwicklung betraute Stelle der autonomen/ halbautonomen Stiftung, die zur Abklärung seines/ihres Leistungsanspruches und Abwicklung des angemeldeten Leistungsfalles erforderlichen Daten zu bearbeiten.

Der/die Unterzeichnete ermächtigt die Helvetia des Weiteren, allfällige Leistungsansprüche des/der Unterzeichneten gegenüber der Helvetia gestützt auf das Versicherungsvertragsgesetz anhand der erhaltenen Daten zu prüfen und Leistungsfälle der Vorsorgeeinrichtung und der Helvetia gegebenenfalls zu koordinieren.

Durch diese Vollmacht wird die Helvetia zudem ausdrücklich ermächtigt, bei sämtlichen in diesen Leistungsfall involvierten öffentlich- und privatrechtlichen Versicherungsträgern (Versicherungsgesellschaften und Versicherungsinstitutionen wie Eidg. Invalidenversicherung, Schweizerische Unfallversicherung, Eidg. Militärversicherung, Unfall- und Krankenversicherungsgesellschaften, Taggeldversicherer, Mit- oder Rückversicherer, Vorsorgeeinrichtungen, etc.), bei den behandelnden Ärzten, anderen medizinischen

Leistungserbringern, Spitälern, Heilanstalten, Arbeitgebern, Amtsstellen und Behörden, wie beispielsweise Einwohner- und Ermittlungsbehörden, Betreibungsämter, Steuerbehörden etc. (nachfolgend "**Dritte**") sachdienliche Auskünfte und Daten einzuholen sowie sämtliche relevanten Akten (medizinischer, beruflicher, finanzieller und juristischer Natur, wie beispielsweise medizinische Gutachten und Berichte der Berufsberatung) einzusehen und zugestellt zu erhalten.

Der/die Unterzeichnete ermächtigt diese Dritten, der Helvetia bzw. deren medizinischem Dienst auf Anfrage die zur Abklärung und Abwicklung des Leistungsfalles erforderlichen Daten bekannt zu geben und sämtliche relevanten Akten zuzustellen und entbindet diese Dritten hierzu ausdrücklich von ihren gesetzlichen und vertraglichen Schweige- und Geheimhaltungspflichten. Die zur Auskunftserteilung bevollmächtigten Dritten sind befugt, der Helvetia alle für die Abwicklung des angemeldeten Leistungsfalles relevanten Akten und Daten auch ohne erneutes Gesuch zuzustellen.

Der/die Unterzeichnete ermächtigt die Helvetia schliesslich, alle für die Abwicklung des angemeldeten Leistungsfalles relevanten Daten den involvierten Dritten im In- und Ausland zu übermitteln.

Bei Nichterteilung der vorliegenden Vollmacht ist die Helvetia nicht in der Lage, die erforderlichen Abklärungen vorzunehmen, was zu einer ungenügenden Klärung des Umfangs der Erwerbsunfähigkeit und damit zur Ablehnung der Versicherungsleistung führen kann. Die Ermächtigung des/der Unterzeichneten erfolgt unabhängig von einer Leistungspflicht seitens seiner/ihrer Vorsorgeeinrichtung.

*Name:

*Vorname:

*Geburtsdatum:

Mit nachfolgender Unterschrift erteilt die versicherte Person die obengenannte Vollmacht in vollem Umfang.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters

Beilagen

Bitte senden Sie dieses Formular an Ihre Kontaktstelle oder an Swissscanto Sammelstiftungen, Geschäftsstelle, St. Alban-Anlage 26, Postfach 3855, 4002 Basel