

Meldung Arbeitsunfähigkeit

Betrieb Nr. _____
 Vertrag Nr. _____ /

Versicherte Person Name _____ Vorname _____ Versichertennummer _____

Strasse, PLZ und Ort _____ Geburtsdatum _____ Geschlecht _____

Zivilstand _____ Anzahl Kinder unter 18 _____ Anzahl Kinder unter 25 und in Ausbildung _____
 m w

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 _____

Senden an Vorsorgestiftung Film und Audiovision
 Durchführungsstelle
 Postfach 300
 8401 Winterthur

Vollmacht und Abtretung

Betrieb Nr.

Vertrag Nr. /

Versicherte Person

Name	Vorname	Versichertennummer	
Strasse, PLZ und Ort		Geburtsdatum	Geschlecht
		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
Erlerner Beruf	Ausgeübte Tätigkeit/Funktion	Telefon	

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