

Erwerbsunfähigkeitsmeldung Einzelleben

Für Versicherungsnehmer wohnhaft im Fürstentum Liechtenstein

Policen-Nr. _____

1 Angaben zur versicherten Person

Name, Vorname _____

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Strasse/Nr. _____

PLZ, Ort _____

E-Mail _____

Telefon _____

AHV-Nr. _____

Ich wünsche per E-Mail kontaktiert zu werden.

2 Tätigkeit vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit

Erlerner Beruf _____

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit _____

Branche _____

Vollzeit Teilzeit Stunden pro Woche: _____

Selbständig Angestellt

Name des Arbeitgebers _____

Adresse _____

Üben Sie einen Nebenberuf aus?

Ja Nein

Wenn ja, welchen? _____

Stunden pro Woche _____

3 Ursache der Erwerbsunfähigkeit

Bei Krankheit:

Beginn

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Art der Erkrankung _____

Bei Unfall:

Unfalldatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Art der Verletzung _____

Waren Sie deshalb schon früher in Behandlung?

Ja Nein

Wenn ja, wo? _____

4 Dauer der Erwerbsunfähigkeit

Ausmass und Dauer der Erwerbsunfähigkeit

_____ %	von	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											bis	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
_____ %	von	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											bis	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
_____ %	von	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											bis	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
_____ %	von	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											bis	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										

Rechnen Sie mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit?

Ja Nein

Falls ja: _____ % per

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5 Ärztliche Behandlung

Behandelnde Ärzte

Name, Adresse _____

Behandlung seit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name, Adresse _____

Behandlung seit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name, Adresse _____

Behandlung seit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Welcher dieser Ärzte kann über den gesamten Verlauf der Krankheit bzw. Unfallfolgen Auskunft geben?

Sind weitere Therapeuten in die Behandlung involviert?

Ja Nein

Wenn ja: Name, Adresse _____

6 Bemerkungen

7 Anderweitige Anmeldungen

Meine Erwerbsunfähigkeit ist ebenfalls angemeldet bei

Invalidenversicherung des Fürstentums Liechtenstein (IV)

Leistungen sind anerkannt

zu _____ % seit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Unfallversicherung

zu _____ % seit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wenn ja: Name, Adresse

Referenz-Nr.

Krankentaggeldversicherung

Referenz-Nr.

Wenn ja: Name, Adresse

Krankenkasse

Referenz-Nr.

Wenn ja: Name, Adresse

Weitere Versicherer

Referenz-Nr.

Wenn ja: Name, Adresse

Falls Pensionskasse bei Zurich versichert:

Vertrags-Nr.

Sie erleichtern uns die Prüfung Ihres Anspruches, wenn Sie uns Kopien von bereits vorhandenen Arztberichten und Entscheidungen anderer Versicherer (IV-Verfügungen, Unfallkarte, etc.) einreichen.

8 Steuermeldung

Die Lebensversicherungsgesellschaften sind verpflichtet, Erwerbsunfähigkeitsleistungen der Eidg. Steuerverwaltung zu melden, sofern die Jahresrente den Betrag von CHF 500 übersteigt. Wird gegen diese Steuermeldung Einspruch erhoben, ist Zurich verpflichtet, 15% aller meldepflichtigen Erwerbsunfähigkeitsleistungen zu Lasten der Versicherungsleistungen der Eidg. Steuerverwaltung abzuliefern, ohne dabei den Namen des Anspruchsberechtigten bekannt zu geben.

Ohne Ihren Gegenbericht werden wir im Leistungsfall eine Steuermeldung vornehmen.

9 Auszahlung

Die Versicherungsleistung soll wie folgt überwiesen werden:

IBAN

Name Post/Bank

Kontoinhaber

Wohnadresse des Kontoinhabers

Policen-Nr.

Ort und Datum

Unterschrift

10 Erklärung der Pfandgläubigerin

Falls Ihre Police verpfändet ist, benötigen wir für die Auszahlung auf das von Ihnen angegebene Konto (Punkt 9) die nachfolgende Ermächtigung durch die Pfandgläubigerin.

Durch derartige Leistungen wird die Substanz der Versicherung nicht geschmälert.

Die unterzeichnende Pfandgläubigerin ermächtigt Zurich, alle Leistungen infolge von Erwerbsunfähigkeit an den Versicherungsnehmer auszubehalten.

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel
der Pfandgläubigerin

Einwilligung

Ereignis vom _____

Die Zürich Lebensversicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend Zurich Leben genannt) benötigt Informationen und Unterlagen, um ihre Leistungspflicht abzuklären und ggf. versicherte Leistungen zu erbringen. Die Verarbeitung personenbezogener Daten durch Zurich Leben und ihre Bekanntgabe durch Dritte an Zurich Leben nach dieser Erklärung stützt sich auf Art. 6 Abs. 2 Bst. b und Bst. f und bei **Gesundheitsdaten** auf Art. 9 Abs. 2 Bst. h und g DSGVO und Art. 21 Abs. 1 Ziff. 2 des liechtensteinischen DSG.

Die unterzeichnende Person nimmt daher zur Kenntnis, dass

- Ärzte
- Spitäler und andere stationäre Einrichtungen (z. B. Pflegeheime, Altersheime)
- Medizinal- und Pflege(fach)personen sowie das administrative Personal
- Arbeitgeber
- Amtsstellen und Behörden (z. B. Strafverfolgungsbehörden, Polizei, Sozialamt, Sozial- und Fürsorgedienst)
- die Invalidenversicherung (IV) bzw. die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV)
- Pensionskasse(n)
- Krankenkasse(n)
- obligatorische oder private Unfallversicherung(en)
- Militärversicherung
- Arbeitslosenkasse(n)
- Privatversicherer (z. B. Krankentaggeldversicherung, Lebensversicherung, Haftpflichtversicherung)
- und deren Personal

Zurich Leben und den von Zurich Leben beauftragten Dritten Auskunft erteilen, Einsicht in ihre Akten, inkl. Akten über den früheren Gesundheitszustand, geben und Kopien von Unterlagen überlassen. Zurich Leben bearbeitet die erhaltenen Informationen im Einklang mit dem Datenschutzrecht. Weitere Angaben dazu sind unter www.zurich.ch/datenschutz verfügbar.

Vorname, Name _____

Policen-Nr. _____

AHV-Nr. _____

Ort und Datum _____

Ausserdem nimmt die unterzeichnende Person zur Kenntnis, dass Zurich Leben zum Zweck der Koordination mit anderen Versicherern und zur Begründung von Regressen Informationen und Unterlagen an

- die Invalidenversicherung
- die Pensionskasse
- die obligatorische oder private Unfallversicherung
- die Militärversicherung
- andere Haftpflichtige oder deren Haftpflichtversicherer
- Mit- und Rückversicherer

übermitteln kann.

Die unterzeichnende Person nimmt zur Kenntnis, dass die Bekanntgabe durch Zurich Leben an Dritte für die Abklärung der Leistungspflicht und ggf. die Erbringung versicherter Leistungen erforderlich ist und diesen Bekanntgaben keine Geheimhaltungspflichten entgegenstehen. Soweit die genannten Dritten ihrerseits Geheimhaltungspflichten unterstehen (z. B. einem Berufs- oder Amtsgeheimnis), **befreit die unterzeichnende Person diese im entsprechenden Umfang von Geheimhaltungspflichten**. Diese Befreiung gilt ohne zeitliche Befristung. Sie kann jederzeit durch schriftliche Erklärung widerrufen werden. Ein Widerruf wirkt jeweils nur für die Zukunft und kann dazu führen, dass Leistungen nicht erbracht werden können.

Zurich Leben bearbeitet die erhaltenen Informationen im Einklang mit dem Datenschutzrecht. Weitere Angaben dazu sind unter www.zurich.ch/datenschutz verfügbar.

Unterschrift _____

