

## Meldung einer Erwerbsunfähigkeit – durch die versicherte Person auszufüllen

### Arbeitgeber

Firmenname: \_\_\_\_\_ Vertrag Nr.: \_\_\_\_\_

### Versicherte Person

Name: \_\_\_\_\_ Sozialversicherungsnr.: 756. \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Zivilstand: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Schadenfall

Die Erwerbsunfähigkeit ist zurückzuführen auf:  eine Krankheit  einen Unfall

Beginn der Erwerbsunfähigkeit: \_\_\_\_\_

Perioden der Erwerbsunfähigkeit: \_\_\_\_\_ % vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ % vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ % vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ % vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ % vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Anmerkungen

---

---

---

### Genehmigung

Die unterzeichnende Person ermächtigt die Sammelstiftung Groupe Mutuel alle nötigen Informationen zum Schadenfall einzuholen, die Dossiers der Invalidenversicherung (IV), Unfallversicherung, Militärversicherung, Krankentaggeldversicherung KVG oder VVG, eventueller ausländischer oder anderer Sozialversicherungen einzusehen, die erforderlichen Informationen bei den behandelnden Ärzten einzuholen und diese Dokumente und Auskünfte dem Rückversicherer oder anderen betroffenen Versicherern weiterzugeben.

Ort und Datum:

Unterschrift der versicherten Person:

---

---