

## Meldung einer Erwerbsunfähigkeit

### Arbeitgeber

Firma  Anschluss-Nr.

### Angaben über die versicherte Person

Name

Vorname

AHV-Nr.  .  .  .  Geburtsdatum  |  | /  |  | /  |  |  |  |  |

E-Mail  Telefon

Adresse

### Versicherungsgesellschaft

Erwerbsausfall  
Krankheit  
(Name, Adresse)

Unfall (UVG)  
(Name, Adresse)

### Angaben betreffend Erwerbsunfähigkeit und berufliche Situation

Grund der Erwerbsunfähigkeit  Krankheit  Unfall

Grad und Dauer (%)  .  von  |  | /  |  | /  |  |  |  | bis  |  | /  |  | /  |  |  |  |  
 .  von  |  | /  |  | /  |  |  |  | bis  |  | /  |  | /  |  |  |  |  
 .  von  |  | /  |  | /  |  |  |  | bis  |  | /  |  | /  |  |  |  |

Name und Adresse  
des behandelnden  
Arztes

 Bitte Taggeldabrechnungen und ärztliche Zeugnisse beilegen.

### Berufliche Situation

Berufliche Tätigkeit vor dem Beginn der Erwerbsunfähigkeit?

Kann die versicherte Person dieselbe berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen?  ja  nein

Wurde oder wird der Arbeitsvertrag gekündigt?  ja  nein Falls ja, wann?  |  | /  |  | /  |  |  |  |

## Meldung einer Erwerbsunfähigkeit

### Erklärung der versicherten Person betreffend Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Die unterzeichnende  Person, entbindet Ärzte, Spitäler und andere stationäre Einrichtungen (z.B. Alters- und Pflegeheime), den Arbeitgeber, die amtlichen Stellen und Behörden (z.B. Sozialamt, Sozialdienste), die Invalidenversicherung (IV)/Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), die Lebensversicherungen, die obligatorischen oder privaten Unfallversicherungen, die Arbeitslosenkassen und alle anderen beteiligten Privatversicherer (z.B. Krankentaggeldversicherung) und ihre Arbeitnehmenden von ihrer Geheimhaltungspflicht und ermächtigt sie zur Weitergabe von Informationen an die Sammelstiftung Opsion, deren Rückversicherer und Auftragnehmer, zur Gewährung von Einsicht in ihre Dossiers und zur Übermittlung von Dokumentenkopien. Die Sammelstiftung Opsion verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen und Dokumente im Einklang mit dem Bundesgesetz über den Datenschutz zu verarbeiten.

Die unterzeichnende Person ermächtigt darüber hinaus die Sammelstiftung Opsion zur Übermittlung von Informationen und/oder Dokumenten an die Invalidenversicherung, die obligatorische oder private Unfallversicherung, andere Haftpflichtige oder deren Haftpflichtversicherer (zur Begründung von Regressen).

### Unterschriften

Die unterzeichnenden Personen bestätigen ehrenwörtlich die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum  /  /

Ort

Unterschrift des/r Versicherten

Datum  /  /

Ort

Stempel, Unterschrift Arbeitgeber