



Agrisano Stiftung  
Laurstrasse 10  
5201 Brugg

**Kollektivvertrag Nr. U2674**

Versichertennummer \_\_\_\_\_

## **Arbeits-/Erwerbsunfähigkeitsmeldung**

### **Angaben zur versicherten Person**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Geb. Datum \_\_\_\_\_ Geschlecht männlich weiblich  
AHV Nr. (13-stellig) \_\_\_\_\_  
Telefon Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_ (vor Eintritt Erwerbsunfähigkeit) selbständig angestellt

### **Angaben zur Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit**

Ursache Unfall Krankheit Art bzw. Name \_\_\_\_\_  
Beginn \_\_\_\_\_

### **Arbeits-/Erwerbsunfähigkeitsgrad**

Grad \_\_\_\_\_% von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ % von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Behandelnde Ärzte \_\_\_\_\_

### **Anmeldung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung**

Anmeldung erfolgt Ja Nein  
Anmeldung am \_\_\_\_\_  
Name der IV-Stelle \_\_\_\_\_ Beschluss erfolgt ausstehend  
Anerkannte Leistung \_\_\_\_\_% von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### **Anmeldung bei weiteren Versicherern**

Unfallversicherer (UVG) \_\_\_\_\_  
Krankentaggeldversicherer \_\_\_\_\_  
Eidg. Militärversicherung \_\_\_\_\_  
Weitere \_\_\_\_\_

**Bitte Kopien bereits erhaltener Verfügungen und/oder Abrechnungen beilegen.**



**Zahlstelle**

Fällige Leistungen sind an folgende Zahlstelle zu vergüten:

IBAN \_\_\_\_\_  
Bank \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Konto lautend auf \_\_\_\_\_

**Bemerkungen**

---

**Entbindung vom Berufs- bzw. Amtsgeheimnis sowie Recht auf Akteneinsicht und Aktenweitergabe**

Grundlage der Versicherung bildet ein Vertrag zwischen dem Schweizer Bauernverband in Brugg und Swiss Life AG in Zürich (Versicherer, nachfolgend «Swiss Life»). Durchführungsstelle ist die Agrisano, Stiftung mit Sitz in Brugg (nachfolgend «Stiftung»).

Soweit für die Durchführung der Versicherung (Risikoprüfung/Abwicklung des konkreten Versicherungsfalls) erforderlich, entbindet die unterzeichnende Person die Eidgenössische Invalidenversicherung, die Militärversicherung, die Unfallversicherer, Vorsorgeeinrichtungen, die Kranken- sowie Krankentaggeldversicherer, allfällige ausländische Versicherer sowie die sie behandelnden Ärzte von der Wahrung des Berufs- bzw. Amtsgeheimnisses gegenüber Swiss Life und der Stiftung und ermächtigt die genannten Institutionen und Personen, Swiss Life und der Stiftung bei Bedarf die notwendigen Auskünfte (einschliesslich medizinischer Angaben) zu erteilen und entsprechende Akteneinsicht zu gewähren. Es werden nur die konkret notwendigen Informationen eingeholt. Zudem ist die unterzeichnende Person damit einverstanden, dass Swiss Life und die Stiftung ihre Personalien und Gesundheitsdaten innerhalb von Swiss Life zum Zweck der Leistungsprüfung und zur Bekämpfung des Versicherungsmisbrauchs weitergibt sowie anderen beteiligten Versicherern und Rückversicherern übermittelt. Ausserdem ist die unterzeichnende Person damit einverstanden, dass ihre Daten im benötigten Ausmass zur Abklärung und zur allfälligen späteren Initialisierung einer bedarfsgerechten und individuellen Hilfeleistung (Case Management) an die damit beauftragten Institutionen weitergeleitet werden. Die unterzeichnende Person nimmt im Übrigen zur Kenntnis, dass Swiss Life für die Datenaufbewahrung und Datenbearbeitung Dritte beauftragen kann. Die Daten werden durch Swiss Life, die Stiftung und beauftragte Dritte streng vertraulich behandelt und dienen ausschliesslich der vertragsmässigen Abwicklung des Vorsorge- bzw. Versicherungsvertrages.

Bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben kann Swiss Life bzw. die Stiftung im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen Leistungen kürzen oder ablehnen.

Ort und Datum	Unterschrift der versicherten Person
_____	_____

**Beilagen:**

- |                         |               |
|-------------------------|---------------|
| Kopien von Verfügungen  | Unfallscheine |
| Kopien von Abrechnungen | Arztberichte  |
| _____                   |               |