



Agrisano Stiftung
Laurstrasse 10
5201 Brugg

Kollektivvertrag Nr. U8369

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 der Agrisano, Stiftung mit Sitz in Brugg (nachfolgend «Stiftung») und Swiss Life AG in Zürich (Versicherer, nachfolgend «Swiss Life»).

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 |
| _____ | |