



# Meldung Arbeitsunfähigkeit

Vertrag Nr.\* ..... / .....

**Arbeitgeber** Name und Adresse\*  
 .....  
 Kontaktperson\* E-Mail-Adresse\* Telefon Nr.\*  
 .....

**Versicherte Person** Name\* Vorname\* Versichertennummer\*  
 .....  
 Strasse\* PLZ und Ort\* Geburtsdatum\*  
 .....  
 Zivilstand E-Mail-Adresse Privat\* Sprache\*  
 .....  
 Erlernter Beruf Ausgeübte Tätigkeit/Funktion Telefon Nr.\*  
 .....

**Arbeitsunfähigkeit** Arbeitsunfähig seit\*  
 .....  
 Krankheit\*  Unfall/Berufskrankheit\*  Schwangerschaft/  
 Keine Taggeldversicherung\*  Keine Taggeldversicherung\* Schwangerschaftskomplikationen\*  
 Diagnose\* (Falls unbekannt, bitte vermerken)  Diagnose\* (Falls unbekannt, bitte vermerken)  
 .....  
 Weitere Informationen Name und Adresse des Taggeldversicherers\* (oder Taggeldabrechnung beilegen)  
 .....

Referenznummer\* Name Kontaktperson\* Telefon Nr.\*  
 .....

**Behandelnder Arzt** Name und Adresse  
 .....

**Massnahmen**  Case Management\*: Name des Case Managers\* Telefon Nr.\*  
 (Falls vorhanden) .....  
 IV Früherfassung: Meldung erfolgt?  Ja, Datum .....  Nein  
 Andere .....

**Arbeitsverhältnis** Beschäftigungsgrad vor  
 Eintritt der Arbeitsunfähigkeit\* .....  
 Das Arbeitsverhältnis besteht weiter\* Falls das Arbeitsverhältnis aufgelöst wurde: Haben Sie uns die Austritts-  
 Das Arbeitsverhältnis wurde aufgelöst meldung schon zugestellt?  
 per\* .....  Ja\*  Nein\* (Bitte nachholen)

**Bemerkungen**  
 .....  
 Ich wünsche telefonisch kontaktiert zu werden  
**Vollmacht** Wir bitten Sie, uns die unterzeichnete Vollmacht Ihres Arbeit-  Unterzeichnete Vollmacht beiliegend (rasche Bearbeitung  
 nehmers zukommen zu lassen. Mit der Vollmacht helfen Sie möglich)  
 uns, die Bearbeitung rasch möglichst zu starten. Falls Sie  AXA soll Vollmacht nachträglich einholen (Bearbeitungs-  
 wünschen, dass die AXA die Vollmacht nachträglich einholt, start abhängig vom Eingang der Vollmacht)  
 lassen Sie es uns bitte wissen.

**Meldende Person im Auftrag des Arbeitgebers** Datum Name Vorname  
 .....  
 E-Mail-Adresse  
 .....

**Senden an** formsservice.bvg@axa.ch oder an: AXA, Postfach 300, 8401 Winterthur

\*Zwingende Angabe



# Ermächtigung und Abtretung

Vertrag Nr. .... / .....

<b>Versicherte Person</b>	Name	Vorname	Versichertennummer	
	Strasse	PLZ und Ort	Geburtsdatum	Geschlecht
Erreichbar unter	E-Mail-Adresse Privat		Telefon Nr.	<input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/> w.
	Erlerner Beruf		Ausgeübte Tätigkeit/Funktion	

<b>Datenbearbeitung</b>	Die in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein operierenden Gesellschaften der AXA-Gruppe – im Folgenden AXA genannt – werden dazu ermächtigt, Daten zu bearbeiten.  Die unterzeichnende Person ist damit einverstanden, dass die AXA alle notwendigen Informationen bearbeitet im Zusammenhang mit	<ul style="list-style-type: none"> <li>– der Prüfung des Leistungsanspruchs;</li> <li>– der Leistungsabwicklung;</li> <li>– der Prüfung und Durchsetzung des Regressanspruchs;</li> <li>– der Wiedereingliederung ins Berufsleben.</li> </ul>
<b>Einholen von Informationen</b>	Die AXA ist ermächtigt, Informationen inkl. medizinischer Akten bei Drittpersonen einzuholen, zum Beispiel bei Versicherten, Arbeitsstellen, Ärzten, Therapeuten, Kliniken, Pflegeeinrichtungen, Arbeitgebern und deren Vertreter, Pensions- und Krankenkassen, Krankentaggeldversicherer, Unfallversicherer,	Vorsorge- und Freizügigkeitseinrichtungen, Ausgleichskassen, der Eidg. Invalidenversicherung sowie bei anderen Personen und Institutionen, die über sachdienliche Informationen verfügen.
<b>Entbindung von Geheimhaltung</b>	Die oben genannten Personen und Institutionen werden von ihrer Geheimhaltungspflicht entbunden.	
<b>Weiterleitung</b>	Die unterzeichnende Person ermächtigt die AXA zudem, diese Informationen an die unter dem Titel «Einholen von Informa-	tionen» aufgeführten beteiligten Dritten weiterzuleiten – zu den unter dem Titel «Datenbearbeitung» beschriebenen Zwecken.
<b>Austausch innerhalb AXA</b>	Diese Ermächtigung umfasst auch den zweckgebundenen Austausch von Informationen zwischen den in der Schweiz	und im Fürstentum Liechtenstein operierenden Gesellschaften der AXA.
<b>Kein automatischer Datenaustausch</b>	Es erfolgt kein automatisierter Datenaustausch. Die AXA ist nicht verpflichtet, in jedem Fall Abklärungen bei Dritten zu tätigen oder von sich aus Informationen weiterzuleiten – auch	nicht innerhalb der AXA. Daten werden nur zweckgebunden und auf konkrete Anfrage weitergegeben.
<b>Wahrheitsgetreue Angaben</b>	Diese Ermächtigung entbindet die unterzeichnende Person nicht von der Pflicht, wahrheitsgetreue und vollständige Angaben zu machen. Diese Einwilligung entbindet sie auch nicht	von der Pflicht, die Leistungsansprüche ordnungsgemäss bei den relevanten Institutionen anzumelden.
<b>Zeitlicher Geltungsbereich</b>	Diese Ermächtigung gilt auch für Leistungen im Todesfall.	
<b>Vertraulichkeit</b>	Die AXA verpflichtet sich, die Informationen vertraulich und zweckkonform zu behandeln.	
<b>Form der Übermittlung/Informationsaustausch via E-Mail</b>	Der E-Mail-Verkehr erfolgt in der Regel über schwer kontrollierbare Datennetze. Daher besteht das Risiko, dass Unberechtigte die ausgetauschten Informationen und die E-Mail-Adresse des Absenders einsehen und allenfalls auch verändern können.  Die unterzeichnende Person ist sich der Risiken des E-Mail-Verkehrs bewusst. Sie ist ausdrücklich damit einverstanden,	<p>dass die AXA mit ihr und beteiligten Dritten, wie sie unter dem Titel «Einholen von Informationen» aufgeführt sind, per E-Mail Informationen übermittelt.</p> <p>Die AXA speichert die angegebene E-Mail-Adresse in ihrem Adressverwaltungssystem. Sollte sich die Adresse ändern, muss dies von der unterzeichnenden Person umgehend der AXA mitgeteilt werden.</p>
<b>Abtretung</b>	Sämtliche Ansprüche bis zur Höhe der reglementarischen Leistungen werden an die leistungspflichtige Vorsorgeeinrichtung abgetreten, wenn der unterzeichnenden Person oder	weiteren anspruchsberechtigten Personen Schadenersatzansprüche aus dem Versicherungsfall gegenüber Dritten, die für den Versicherungsfall haften, zustehen.

Datum	Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters
-------	---