

Erwerbsunfähigkeitsmeldung

Vertrag-Nr. _____

Firma _____
 Plan/Betrieb _____

FUTURA Vorsorge
 Bahnhofplatz 9
 Postfach
 5201 Brugg

Diese Meldung ist uns nach einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 3 Monaten sofort einzureichen!

Angaben zur versicherten Person (durch Firma auszufüllen)

Name	_____	Vorname	_____
SV-Nr.	756. _____	Geburtsdatum	_____
Strasse / Nr.	_____	PLZ/Ort	_____
Anzahl Kinder unter 20	_____	unter 25 und in Ausbildung	_____
Name / Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
	_____		_____
	_____		_____

Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähig seit _____ **Bitte Kopien aller nachstehend aufgeführten Unterlagen beilegen:**

Krankheit

- Name + Vertragsnummer Taggeldversicherer:

- Krankheitsmeldung
- Krankenkarte (ab Beginn, nachgeführt)
- Taggeldabrechnungen der Krankentaggeldversicherung (ab Beginn bis heute)
- Vom Versicherten unterzeichnete Vollmacht

Unfall

- Name + Vertragsnummer Unfallversicherer:

- Unfallmeldung
- Unfallschein (ab Beginn, nachgeführt)
- Taggeldabrechnungen des Unfallversicherers (ab Beginn, bis heute)
- Vom Versicherten unterzeichnete Vollmacht

Arbeitsverhältnis

Das Arbeitsverhältnis besteht weiter

Das Arbeitsverhältnis wurde aufgelöst per _____

Bitte Austrittsmeldung beilegen

Behandelnder Arzt

Name _____
 Strasse/Nr. _____ PLZ / Ort _____

Ort und Datum _____

Firma (Stempel und Unterschrift) _____

Vollmacht Bitte lassen Sie die Vollmacht durch die versicherte Person unterschreiben und legen Sie diese ebenfalls bei. Die Rückversicherung holt dann die erforderlichen Auskünfte selber ein.

Vollmacht und Abtretung

Vertrag-Nr. _____

Versicherte Person

Name	_____	Vorname	_____
SV-Nr.	<u>756.</u>	Geburtsdatum	_____
Strasse / Nr.	_____	PLZ/Ort	_____
Erlerner Beruf	_____	Telefon	_____
Ausgeübte Tätigkeit/Funktion	_____	E-Mail	_____

Im Hinblick auf die Abklärung des Anspruchs, die Prüfung der Leistungsberechtigung der versicherten Person oder weiterer Anspruchsberechtigter sowie die Durchführung des Rückgriffs auf Dritte, gegen welche der versicherten Person oder deren Hinterbliebenen aus diesem Versicherungsfall Schadenersatzansprüche zustehen könnten, ermächtigt die unterzeichnende Person die Mobiliar Lebensversicherungsgesellschaft AG ausdrücklich

- alle zur Abklärung des Leistungs- und Regressanspruchs notwendig erscheinenden Auskünfte und Unterlagen bei Krankenkassen, Kranken- und Krankentaggeldversicherern, Unfallversicherern, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen, Lebensversicherern, Arbeitslosen-, Haftpflicht- und Militärversicherungen, Ärzten, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten und Chiropraktiker sowie Spitälern, Heilanstalten, Arbeitgebern und anderen Personen/Institutionen direkt einzuholen. Die Ärzte und die genannten Institutionen und Personen werden damit von ihrem Berufsgeheimnis bzw. ihrer ärztlichen oder gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der Mobiliar vorbehaltlos entbunden.
- die für die Schaden- und Regressabwicklung sowie die Wiedereingliederung ins Berufsleben notwendig erscheinenden Daten an Dritte, namentlich die Mobiliar, mitbeteiligte Versicherer oder allfällige Einzellebensversicherer und die zuständige IV-Stelle weiterzuleiten und von diesen die erforderlichen Auskünfte einzuholen.
- Unterlagen über den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit, insbesondere medizinische Dokumente, der zuständigen IV-Stelle zu übermitteln, um dadurch das IV-Verfahren zu vereinfachen und die Chance der Wiedereingliederung ins Berufsleben zu erhöhen. Dieses Vorgehen kann auch vor einer allfälligen Anmeldung bei der IV-Stelle durchgeführt werden.
- eigene Gutachten in Auftrag zu geben. Die Kosten übernimmt die Mobiliar.

Diese Vollmacht ist auch über den Tod hinaus gültig.

Sofern der versicherten Person oder deren Hinterbliebenen gegenüber Dritten, welche für den Versicherungsfall haften, Schadenersatzansprüche aus diesem Versicherungsfall zustehen, werden hiermit sämtliche Ansprüche bis auf die Höhe der reglementarischen Leistungen an die leistungspflichtige Vorsorgeeinrichtung abgetreten.

Mit nachfolgender Unterschrift erteilt die unterzeichnende Person die oben genannte Vollmacht in vollem Umfang.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters