

## Erwerbsunfähigkeits-Meldung

Firma \_\_\_\_\_  
 Vertrags-Nr. \_\_\_\_\_  
 Plan \_\_\_\_\_

Diese Meldung ist uns nach einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 2 Monaten sofort einzureichen

### Angaben zur versicherten Person (durch Firma auszufüllen)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Strasse / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
 SV-Nr. 756. \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Kinder

Anzahl Kinder unter 20 \_\_\_\_\_ unter 25 und in Ausbildung \_\_\_\_\_

1. Name / Vorname _____	Geburtsdatum _____
2. Name / Vorname _____	Geburtsdatum _____
3. 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

**Case Management (Unterstützung bei der Reintegration)**

Ist bereits ein Case Manager einer anderen Versicherung involviert?  Ja  Nein  Nicht bekannt

Sind Sie diesbezüglich an einer Hilfeleistung durch die Fachleute der Mobiliar interessiert?  Ja  Nein

**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 selbst ein.

## Vollmacht und Abtretung

Vertrags-Nr. \_\_\_\_\_

### Versicherte Person

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

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 haf- ten, 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

\_\_\_\_\_