

Meldung Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person (1/2)

Arbeitgeber

Name

Angaben zur versicherten Person

Personal-Nummer

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

SV-Nummer

Geburtsdatum

weiblich

männlich

Angaben zur Erwerbs- unfähigkeit

Ursache der Arbeitsunfähigkeit:

Krankheit

Unfall

Beginn der Arbeitsunfähigkeit

Art der Krankheit / des Unfalls

Zu welchem Grad sind Sie erwerbsunfähig?

___ % von _____ bis _____

___ % von _____ bis _____

Behandelnde Ärzte:

Name, Adresse

Name, Adresse

Bitte unbedingt Kopien bereits vorhandener Arztberichte und/oder Unfallscheine beilegen.

Meldung der Erwerbs- unfähigkeit

Ist eine Meldung zur Früherfassung
an die Eidg. IV erfolgt?

Nein

Ja

Anmeldung am

Meldung durch

Name der IV-Stelle

Meldung Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person (2/2)

Meldung der Erwerbsunfähigkeit

Haben Sie Ihre Erwerbsunfähigkeit anderweitig angemeldet?

Nein

Ja

bei der Eidg. IV

___ % von _____ bis _____

beim Unfallversicherer (UVG)

___ % von _____ bis _____

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

Bemerkungen

Entbindung vom Berufs-/ Amtsgeheimnis

Entbindung vom Berufs- bzw. Amtsgeheimnis sowie Recht auf Akteneinsicht

Soweit für die Durchführung der Personalvorsorge (Risikoprüfung/Abwicklung des konkreten Vorsorgefalles) erforderlich, entbindet die unterzeichnende Person die Eidgenössische Invalidenversicherung, die Militärversicherung, die Unfallversicherer, frühere Vorsorgeeinrichtungen, die Kranken- sowie Krankentaggeldversicherer, allfällige ausländische Versicherer sowie die sie behandelnden Ärzte von der Wahrung des Berufs- bzw. Amtsgeheimnisses gegenüber der Rivora Sammelstiftung und ermächtigt die genannten Institutionen und Personen, der Rivora Sammelstiftung bei Bedarf die notwendigen Auskünfte (einschliesslich medizinischer Angaben) zu erteilen und entsprechende Akteneinsicht zu gewähren. Es werden nur die konkret notwendigen Informationen eingeholt. Die Daten werden durch die Rivora Sammelstiftung streng vertraulich behandelt und dienen ausschliesslich der vertragsmässigen Abwicklung des Vorsorgeverhältnisses.

Unterschrift

Ort/Datum

Unterschrift der versicherten Person

Beilagen

Folgende Unterlagen sind uns einzureichen:

Kopien von Abrechnungen _____

Kopien von Verfügungen _____

Arztberichte _____

Unfallscheine _____

Bei falschen oder unvollständigen Angaben kann die Rivora Sammelstiftung im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen Leistungen kürzen oder ablehnen.

Bitte umgehend mit dem beiliegenden Antwortcouvert zurücksenden!