

## Meldung Arbeitsunfähigkeit

(Das Formular bitte nach Ablauf der reglementarischen Wartefrist einreichen)

### Kollektivversicherung

---

Vertragspartner: GEMINI Sammelstiftung

Firmenname: \_\_\_\_\_

Kontaktperson: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

---

### Versicherte Person

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum, Geschlecht \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

männlich  weiblich

Sozialversicherungsnummer 756. \_\_\_\_\_

Sprache de  fr  it  en

Zivilstand

ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

eingetragene Partnerschaft  aufgelöste Partnerschaft

Minderjährige oder sich in Ausbildung befindende Kinder?

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

### Arbeitsunfähigkeit

Beginn Arbeitsunfähigkeit \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

zu \_\_\_\_\_ % bis \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

zu \_\_\_\_\_ % bis \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ursache

Krankheit  Unfall

Mutterschaft

Beschwerden \_\_\_\_\_

---

### Behandelnder Arzt

Name, Vorname, Fachgebiet \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

---

### Versicherungsträger

Anmeldung erfolgt bei

Krankentaggeldversicherung

Unfallversicherung

Eidg. Invalidenversicherung

Eidg. Militärversicherung

Name der Gesellschaft(en)

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

---

Wird das Arbeitsverhältnis aufgelöst?

ja

nein

Wenn ja, per wann:

---

Bei Auflösung des Arbeitsverhältnisses bitte die Austrittsmeldung zustellen. Sie kann online bezogen werden unter Kundenservice/Formulare.

**Bitte auch Folgeseite vollständig ausfüllen.**

---

## Unterlagen

Bitte senden Sie der GEMINI Sammelstiftung so rasch wie möglich die nachstehenden Unterlagen zu:

- Abrechnungen (Kopien) der Krankentaggelder / Unfalltaggelder ab Leistungsbeginn (zwingend).**  
Veranlassen Sie ausserdem, dass auch die weiteren Abrechnungen laufend und unaufgefordert der GEMINI Sammelstiftung zugestellt werden.

- Arztzeugnis**

GEMINI Sammelstiftung und ZURICH werden den Schadenfall bearbeiten, sobald die erwähnten Unterlagen vollständig vorhanden sind.

---

## Bemerkungen

---

## Arbeitgeber / Vorsorgeeinrichtung

---

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

---

## Vollmacht

Die versicherte Person ermächtigt die GEMINI Sammelstiftung und ZURICH, die zur Abwicklung des angemeldeten Schadens zwecks Ermittlung der Risikoleistungen notwendigen Daten zu bearbeiten. Falls erforderlich werden die Daten an beteiligte Dritte, insbesondere an Mit-, Rück- oder andere Versicherer und Case Manager zur Bearbeitung übermittelt.

Die versicherte Person ermächtigt die Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen, der GEMINI Sammelstiftung und ZURICH auf Anfrage die zur Abwicklung des vorliegenden Schadens erforderlichen Daten bekannt zu geben und entbindet diese Personen ausdrücklich von deren Geheimhaltungspflicht.

Die GEMINI Sammelstiftung und ZURICH werden ausserdem ermächtigt, bei Arbeitgebern, Amtsstellen, insbesondere bei IV-Stellen, beruflichen Vorsorgeeinrichtungen, Krankenkassen, UVG-Versicherern, Arbeitslosenstellen, anderen beteiligten Sozial- und Privatversicherern und Case Manager Auskünfte einzuholen sowie Einsicht zu nehmen. Der Versicherungsträger, der Einsicht gewährt, ist befugt, der GEMINI Sammelstiftung und ZURICH Kopien der zur Abwicklung des angemeldeten Schadens relevanten Akten auch ohne erneutes Gesuch zuzustellen.

Die versicherte Person ermächtigt die GEMINI Sammelstiftung und ZURICH, Daten an die zuständige IV-Stelle, Pensionskasse oder an andere beteiligte Sozial – oder Privatversicherer zu übermitteln. Sodann ermächtigt die versicherte Person die GEMINI Sammelstiftung und ZURICH, im Falle eines Rückgriffs auf haftpflichtige Dritte beziehungsweise deren Haftpflichtversicherer ihnen die für die Durchsetzung des Regressanspruches erforderlichen Daten mitzuteilen.

Die Vollmacht der versicherten Person erfolgt unabhängig von der Ausrichtung einer Leistung.

Die GEMINI Sammelstiftung und ZURICH verpflichten sich, die erhaltenen Informationen gemäss den Vorschriften über den Datenschutz zu behandeln und die erhöhte Sorgfaltspflicht im Umgang mit Personendaten wahrzunehmen.

---

## Erklärung

Die versicherte Person bescheinigt hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

---

Zustelladresse    Vertraulich, GEMINI Sammelstiftung, c/o Avadis Vorsorge AG, Zollstrasse 42,  
Postfach 1077, 8005 Zürich

Telefon            Bei Fragen ist der Leistungsdienst erreichbar unter Telefon 058 585 21 03

---