

Anmeldung bei Erwerbs- bzw. Arbeitsunfähigkeit

Policen-Nr.: Generalagentur:

Name/Vorname: Geburtsdatum:

Strasse/Nr.: PLZ/Ort:

E-Mail: Telefon Privat:

Telefon Mobil: Telefon Geschäft:

Bei Krankheit

Woran leiden Sie?

Seit wann haben Sie Beschwerden?

Sind Sie schon früher wegen der gleichen Krankheit behandelt worden? ja nein

Wenn ja, wann? Arzt:

Bei Unfall

Datum, Zeit und Ort des Unfalles:

Wie hat sich der Unfall zugetragen?

Art der Verletzungen?

1. Ärztliche Behandlung

- a) Wann haben Sie erstmals einen Arzt aufgesucht?**
.....
Name und Adresse des Arztes:
.....
- b) Seither zugezogene oder konsultierte Ärzte:**
.....
Wann? Welche?
- c) Arzt bei dem Sie jetzt in Behandlung sind bzw. regelmässig zur Kontrolle gehen:**
.....
Name und Adresse des Arztes:
.....
- d) Welche Krankheiten/Verletzungen hatten Sie in den letzten 10 Jahren?**
.....
Name und Adresse der behandelnden Ärzte:
.....
.....

2. Berufliche Angaben

a) Arbeitgeber mit Arbeitsort, bei dem Sie zum Zeitpunkt des Unfalles oder der Erkrankung gearbeitet haben:

Name:

Adresse:

b) Erlernter Beruf:

c) Tätigkeit vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit:

Beschreibung:

Pensum:

d) Aktuelle Tätigkeit:

Beschreibung:

Pensum:

Letzter Arbeitstag (wenn stellenlos):

e) Wenn stellenlos, wurde eine Anmeldung bei der Regionalen Arbeitsvermittlung (RAV) vorgenommen?

Falls ja, bitte Adresse angeben:

f) Wenn selbstständig erwerbend:

Name der Unternehmung:

Rechtsform der Unternehmung (AG, GmbH, usw.):

3. Umfang und Dauer der Erwerbs- bzw. Arbeitsunfähigkeit

a) In welchem Zeitraum und Umfang waren Sie erwerbs- bzw. arbeitsunfähig?

von:

bis:

Umfang (in %):

von:

bis:

Umfang (in %):

b) Sind Sie gegenwärtig noch erwerbs- bzw. arbeitsunfähig?

ja

nein

4. Andere Versicherungen gegen Erwerbs- bzw. Arbeitsunfähigkeit

a) Sind Sie anderswo gegen Erwerbs- bzw. Arbeitsunfähigkeit versichert? (Bitte zutreffendes ankreuzen.)

Bei anderen Versicherungs-Gesellschaften

Falls ja, bei welchen?

Bei der SUVA/Unfallversicherung

Falls ja, Adresse:

Unfall-/Schadenummer:

Bei der Militärversicherung

Falls ja, Adresse:

Schadenummer:

Bei einem Kranken-Taggeldversicherer

Falls ja, Name:

Adresse:

Policennummer:

b) Bei welchen Krankenversicherern waren die Heilungskosten in den letzten 10 Jahren versichert?

Name:

Adresse:

Policennummer:

5. Anmeldung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV)

Ist bereits eine Anmeldung bei der IV erfolgt? ja nein

Wenn ja, wann? IV-Stelle:

6. Bemerkungen

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Jede Änderung der Erwerbs- bzw. Arbeitsunfähigkeit ist der Gesellschaft sofort anzuzeigen.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben gegenüber der Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG, Basel.

Ort und Datum

Unterschrift

.....

Policen-Nr.: Versicherte Person:
Geburtsdatum: Adresse:

Vollmacht

Der/die Unterzeichnete ermächtigt die Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG (nachfolgend **«Helvetia»**), die zur Feststellung des Leistungsanspruches und Abwicklung des angemeldeten Leistungsfalles erforderlichen Daten zu bearbeiten.

Durch diese Vollmacht wird Helvetia zudem ausdrücklich ermächtigt, bei sämtlichen in diesen Leistungsfall involvierten öffentlich- und privatrechtlichen Versicherungsträgern (Versicherungsgesellschaften und Versicherungsinstitutionen wie Eidg. Invalidenversicherung, Schweizerische Unfallversicherung, Eidg. Militärversicherung, Unfall- und Krankenversicherungsgesellschaften, Taggeldversicherer, Mit- oder Rückversicherer, Vorsorgeeinrichtungen etc.), bei den behandelnden Ärzten, anderen medizinischen Leistungserbringern, Spitälern, Heilanstalten, Arbeitgebern, Amtsstellen und Behörden, wie beispielsweise Einwohner- und Ermittlungsbehörden, Betreibungsämter, Steuerbehörden etc. (nachfolgend **«Dritte»**) sachdienliche Auskünfte und Daten einzuholen sowie sämtliche relevanten Akten (medizinischer, beruflicher, finanzieller und juristischer Natur, wie beispielsweise medizinische Gutachten und Berichte der Berufsberatung) einzusehen und zugestellt zu erhalten.

Der/die Unterzeichnete ermächtigt diese Dritten, Helvetia bzw. deren medizinischem Dienst auf Anfrage die zur Abklärung und Abwicklung des Leistungsfalles erforderlichen Daten bekannt zu geben und sämtliche relevanten Akten zuzustellen und entbindet diese Dritten hierzu ausdrücklich von ihren gesetzlichen und vertraglichen Schweige- und Geheimhaltungspflichten. Die zur Auskunftserteilung bevollmächtigten Dritten sind befugt, Helvetia alle für die Abwicklung des angemeldeten Leistungsfalles relevanten Akten und Daten auch ohne erneutes Gesuch zuzustellen.

Der/die Unterzeichnete ermächtigt Helvetia schliesslich, die im Zusammenhang mit der Abwicklung des angemeldeten Leistungsfalles vorliegenden Auskünfte und Daten zu bearbeiten und an die oben erwähnten Dritten sowie an in die Abklärung involvierte Ärzte im Rahmen der Leistungsprüfung bekannt zu geben, bzw. zu übermitteln. Der/die Unterzeichnete ermächtigt Helvetia zusätzlich, die vorliegenden Auskünfte und Daten falls erforderlich an Mit- und Rückversicherer im In- und Ausland zu übermitteln.

Helvetia nimmt auch die Geschäftsführung diverser Vorsorgeeinrichtungen (berufliche Vorsorge) wahr, respektive ist mit der Verwaltung und der Abwicklung der Leistungsfälle autonomer/halbautonomer Stiftungen gemäss deren Reglement beauftragt. Der/die Unterzeichnete ermächtigt Helvetia gestützt auf den angemeldeten Leistungsanspruch/Leistungsfall aus der Lebensversicherung (dritte Säule) zu prüfen, ob der/die Unterzeichnete bei den genannten Vorsorgeeinrichtungen versichert ist und die Leistungsfälle gegebenenfalls zu koordinieren und Auskünfte gegenseitig zu verwenden.

Bei Nichterteilung der vorliegenden Vollmacht ist Helvetia nicht in der Lage, die erforderlichen Abklärungen vorzunehmen, was zu einer ungenügenden Klärung des Umfangs der Erwerbsunfähigkeit und damit zur Ablehnung der Versicherungsleistung führen kann. Die Ermächtigung des/der Unterzeichneten erfolgt unabhängig von einer Leistungspflicht seitens Helvetia respektive seiner/ihrer Vorsorgeeinrichtung.

Ort und Datum
Unterschrift der versicherten Person
(falls nötig des gesetzlichen Vertreters)