

## Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit (Teil Arbeitnehmer)

### Arbeitgeber

Unternehmen

Vertrag-Nr.

---

### Arbeitnehmer

Police Nr.

---

Anrede

- Frau  
 Herr

Vorname

Nachname

---

Strasse

Nr.

---

PLZ

Ort

---

Land

Geburtsdatum

---

Zivilstand

E-Mail

---

Telefon

---

### Arbeits-/ Erwerbsunfähigkeit

Welche Art der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit wollen Sie melden?

- Neuanmeldung  
 Rückfall

Ist eine Anmeldung zum Leistungsbezug bei der Eidg. Invalidenversicherung erfolgt?

- Ja  
 Nein

Wie wurde die Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit ausgelöst?

- durch Krankheit  
 durch Unfall (inkl. Berufskrankheiten)

## Für den Krankheitsfall

Woran leiden Sie?

---

Seit wann haben Sie Beschwerden?

---

Sind Sie schon früher wegen der gleichen Krankheit behandelt worden?

- Ja  
 Nein

Wann?

---

Durch welchen Arzt?

---

## Für den Unfall

Wann ist der Unfall passiert?

---

Wo hat sich der Unfall ereignet?

---

Beschreiben Sie den Unfallhergang (inkl. beteiligte Personen, Gegenstände, Fahrzeuge)

---

Welche Verletzungen haben Sie beim Unfall erlitten?

---

Gibt es eine haftpflichtige Drittperson?

- Ja  
 Nein

Besteht ein Polizeirapport?

- Ja  
 Nein

**Hinweis:** Legen Sie bitte die Unterlagen der/des Unfallversicherer/s (Entscheide, Verfügungen, Bestätigungen) bei. Sie können die Dokumente am Ende dieses Formulars als Datei anhängen.

## Ärztliche Behandlung

Wann haben Sie erstmals einen Arzt aufgesucht?

## Angaben zum Arzt

Vorname

Nachname

Strasse

Nr.

PLZ

Ort

Bei diesem Arzt bin ich aktuell in Behandlung oder in Kontrolle

Haben Sie noch weitere Ärzte konsultiert oder hinzugezogen?

Ja

Nein

### Angaben zu weiteren Ärzten

Wann?

Vorname

Nachname

Strasse

Nr.

PLZ

Ort

Bei diesem Arzt bin ich aktuell in Behandlung oder in Kontrolle

Wann?

Vorname

Nachname

Strasse

Nr.

PLZ

Ort

Bei diesem Arzt bin ich aktuell in Behandlung oder in Kontrolle

### Unterhaltspflichtige Kinder

Haben Sie unterhaltspflichtige Kinder, für die Leistungen geltend gemacht werden?

Ja

Nein

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

---

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

---

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

---

**Hinweis:** Legen Sie bitte eine Kopie des Familienbüchleins bei. Für in Ausbildung stehende Kinder, die das reglementarische resp. versicherungsvertragliche Schlussalter überschritten haben, benötigen wir zusätzlich die Bestätigung der entsprechenden Lehranstalt. Sie können die Dokumente am Ende dieses Formulars als Datei anhängen.

## Vollmacht

Gemäss dem Reglement Ihrer Vorsorgeeinrichtung bzw. Ihrer autonomen/halbautonomen Stiftung nimmt die Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG (nachfolgend "Helvetia") die Geschäftsführung der Vorsorgeeinrichtung wahr bzw. ist mit der Verwaltung und der Abwicklung des Leistungsfalles der autonomen/halbautonomen Stiftung beauftragt.

Mit Unterzeichnung dieser Vollmacht ermächtigen Sie deshalb die Helvetia, in ihrer Funktion als Geschäftsführerin der Vorsorgeeinrichtung bzw. als mit der Verwaltung und der Leistungsabwicklung betraute Stelle der autonomen/halbautonomen Stiftung, die zur Abklärung Ihres Leistungsanspruches und Abwicklung des angemeldeten Leistungsfalles erforderlichen Daten zu bearbeiten.

Sie ermächtigen die Helvetia des Weiteren, Ihre allfälligen Leistungsansprüche gegenüber der Helvetia gestützt auf das Versicherungsvertragsgesetz anhand der erhaltenen Daten zu prüfen und Leistungsfälle der Vorsorgeeinrichtung und der Helvetia gegebenenfalls zu koordinieren.

Durch diese Vollmacht wird die 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, Betreuungsamter, 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.

Sie ermächtigen diese Dritten, der 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, der Helvetia alle für die Abwicklung des angemeldeten Leistungsfalles relevanten Akten und Daten auch ohne erneutes Gesuch zuzustellen.

Sie ermächtigen die Helvetia schliesslich, alle für die Abwicklung des angemeldeten Leistungsfalles relevanten Daten den involvierten Dritten im In- und Ausland zu übermitteln.

Bei Nichterteilung der vorliegenden Vollmacht ist die 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. Ihre Ermächtigung erfolgt unabhängig von einer Leistungspflicht seitens Ihrer Vorsorgeeinrichtung.

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Vertrag-Nr.

Police Nr.

Weitere Bemerkungen

Mit nachfolgender Unterschrift bestätigt die versicherte Person alle Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben und erteilt die obengenannte Vollmacht in vollem Umfang.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters