einfach. klar. helvetia.
Ihre Schweizer Versicherung

Postadresse
Helvetia Versicherungen
Postfach 99
8010 Zürich

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 die Vorsorgeeinrichtung, Ihre Personendaten, inkl. Ihrer besonders schützenswerten Personendaten, an Helvetia zu übermitteln. Ebenfalls ermächtigen Sie Helvetia, 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 Helvetia gegebenenfalls zu koordinieren.

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.

Sie ermächtigen 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 entbinden 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.

Sie ermächtigen Helvetia schliesslich, alle für die Abwicklung des angemeldeten Leistungsfalles relevanten Daten, inkl. besonders schützenswerter Personendaten, den involvierten Dritten im In- und Ausland zu übermitteln sowie diese aufgrund gesetzlicher Verpflichtung an den Experten für die berufliche Vorsorge oder die Revisionsstelle weiterzugeben.

Bei Nichterteilung der vorliegenden Vollmacht ist die Helvetia nicht in der Lage, die erforderlichen Abklärungen vorzunehmen, was zu einer ungenügenden Klärung des Umfangs der Arbeits- resp. 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 Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass alle gemachten Angaben wahrheitsgetreu sind und erteilen die oben genannte Vollmacht in vollem Umfang.

Ort und Datum	Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters

Datenschutz

Sämtliche personenbezogenen Daten werden gemäss der geltenden Gesetzgebung bearbeitet:
Für die obligatorische berufliche Vorsorge gelten die Datenschutzbestimmungen des BVG (Art. 85a ff. BVG). Die Bestimmungen des DSG sind ergänzend anwendbar. Für die rein überobligatorische berufliche Vorsorge gilt das DSG (Informationen dazu, wie z.B. Identität und Kontaktdaten der Verantwortlichen, Bearbeitungszwecke, etc., finden Sie unter www.helvetia.ch/datenschutz).