
Anmeldung von Versicherungsleistungen

Das Formular „**Ärztliche Auskunft über Arbeitsunfähigkeit**“ lassen Sie bitte von Ihrem behandelnden Arzt ausfüllen und retournieren.

Adresse:

Generali Personenversicherungen AG
Herr Dr. med. Didier Lohner
Abteilung LP-NBC-C
Postfach 1040
8134 Adliswil 1

Das Formular „**Anmeldung für Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit**“ sowie die beiden Vollmachten wollen Sie uns bitte vollständig ausgefüllt und unterzeichnet retournieren. Bitte vergessen Sie die verschiedenen Beilagen nicht.

Adresse:

Generali Personenversicherungen AG
Abteilung LP-NBC-C
Soodmattenstrasse 10
8134 Adliswil 1

Ärztliches Zeugnis

über Arbeitsunfähigkeit

ausgestellt zu Händen des Gesellschaftsarztes

Dr. med. Didier Lohner / LP-NBC-C

Soodmattenstrasse 10, 8134 Adliswil

Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaften



GENERALI

Versicherte Person

Name, Vorname, Geburtsdatum _____

Adresse _____

E-Mail: _____

Policennummer(n) _____

erlernter Beruf _____ ausgeübte Tätigkeit/Funktion _____

Auszug aus der Krankengeschichte seit _____

01 Ursache der Arbeitsunfähigkeit:

Krankheit

Unfall

Diagnose und/oder ICD-Code? _____

Wann genau traten die ersten Symptome auf? _____

Bei Unfall: Unfalldatum und Art des Unfalles? _____

02 Ambulante Behandlung: durch Sie

von _____ bis _____

Datum der letzten Kontrolle _____

Vor Ihnen durch _____

Dr. _____ in _____ seit _____

Nach Ihnen durch _____

Dr. _____ in _____ seit _____

03 Stationäre Behandlung / Kur: wo?

Eintrittstag: _____ Entlassungstag: _____

04 Anamnese (chronologischer Verlauf, bisherige Therapie):

Aktuelle Symptome / aktueller Zustand: _____

Prognose: _____

05 Art und Umfang der gegenwärtigen Behandlung:

Aktuelle Medikation (einschl. Dosis)?

keine

Welche? _____

Empfehlungen für die zukünftige Therapie: _____

06 Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit bezogen auf die bisher ausgeübte Tätigkeit

_____ % vom _____ bis _____
_____ % vom _____ bis _____

Diese Angaben beziehen sich bei Teilarbeitsfähigen auf die volle Arbeitszeit bei reduzierter Leistung, es sei denn der Arzt schreibe aus medizinischen Gründen etwas anderes vor.

Grund für die reduzierte Arbeitszeit, anstelle reduzierter Leistung: _____

07 Kommt eine andere zumutbare Arbeit in Frage?

nein ja

Wenn ja, welche und in welchem Umfang? _____

Wird eine neue Tätigkeit bereits ausgeübt?

nein ja

Wenn ja, welche und in welchem Umfang? _____

Einschränkung in der neuen Tätigkeit:

nein ja

Ist ein bleibender Nachteil zu erwarten? _____

Wenn ja, welcher Art? _____

Besteht aus medizinischer Sicht eine Einschränkung beim Führen eines Fahrzeuges?

nein ja

08 Kann mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden?

nein ja

Wenn ja, ab wann und in welchem Umfang? _____

_____ % ab _____

_____ % ab _____

Sind berufliche Massnahmen angezeigt?

nein ja

Wenn ja, welche und durch wen? _____

09 IV / MV / Unfall-Versicherer: Ist eine Anmeldung erfolgt?

nein ja

Wenn ja:

bei IV bei MV

Wann? _____

bei Unfall-Versicherer

Welchem? _____

10 Zusatzinformationen, Ergänzungen und Vorschläge:

(allenfalls Rückseite benutzen)

Ort und Datum: _____

Stempel und Unterschrift: _____

Anmeldung von Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit

Versicherte Person

Policennummer(n)

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Telefon Privat: _____ Telefon Geschäft: _____

Telefon Mobil: _____ AHV-Nr.: _____

Wohin zahlen?

auf Postkonto Nr. _____
 Konto lautend auf _____
 (Name und Adresse)

auf Bankkonto Nr. _____
 Name/Adresse der Bank _____
 IBAN _____
 Konto lautend auf _____
 (Name und Adresse)

1. a) Berufliche Aktivitäten

Vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit erwerbstätig zu _____ %

angestellt seit _____ selbständig seit _____
 Arbeitgeber _____ Firma _____
 Anzahl Mitarbeiter _____

Erlerner Beruf _____

Beruf vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit _____

1. b) Beschreibung der Aktivitäten vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit

in %

Körperlich / handwerklich	_____	_____ %
	_____	_____ %
Administrativ / intellektuell	_____	_____ %
	_____	_____ %
Andere	_____	_____ %
	_____	_____ %

2. Grund der Leistungsanmeldung (für ergänzende/ausführlichere Angaben verwenden Sie bitte ein Zusatzblatt)

<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Krankheit
a) Art der Verletzung	a) Diagnose
_____	_____
b) Wann erfolgte die 1. Arztkonsultation?	b) Wann erfolgte die 1. Arztkonsultation?
_____	_____
c) Zeit und Ort des Unfalles?	c) Verlauf
_____	_____
d) Wie hat sich der Unfall zugetragen?	d) Beginn
_____	_____

e) Sind Sie schon früher wegen der gleichen Krankheit/Unfall behandelt worden?
 Ja Nein Wenn ja, von _____ bis _____

Bitte Name/Adresse der damals behandelnden Ärzte angeben _____

Bitte beide Seiten ausfüllen ./.

3. Sind Sie beim Führen eines Fahrzeuges eingeschränkt?

Ja Nein

4. Ausmass und Dauer der Arbeitsunfähigkeit

_____ % von _____ bis _____
 _____ % von _____ bis _____
 _____ % von _____ bis _____

5. Ärztliche Behandlung

Behandelnde Ärzte

(bei Krankenhäusern auch Abteilung angeben)

Behandlungsbeginn	Behandlungsende	Namen	Adressen

6. Anderweitige Anmeldungen

Bestehen weitere Versicherungsdeckungen und/oder befassen sich mit Ihrem Leistungsfall auch andere Versicherungen – welche?

- Krankentaggeldversicherung / Name: _____ seit _____
- Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) seit _____
- Private Unfallversicherungen / Name: _____ seit _____
- Die Eidgenössische Militärversicherung (EMV) seit _____
- Die Eidgenössische Invalidenversicherung (IV) seit _____
- Ausländische Sozialversicherungen / Name: _____ seit _____
- Haftpflichtversicherungen / Name: _____ seit _____
- Lebensversicherungen im In- und Ausland / Name: _____ seit _____
- Pensionskasse des Arbeitgebers / Name: _____ seit _____
- Andere - Art / Name: _____ seit _____
- Andere - Art / Name: _____ seit _____

(genaue Adressen der zutreffenden Versicherungen angeben)

Allfällige Abrechnungen oder Verfügungen anderer Versicherer bitte beilegen.

Bitte legen Sie die Nachweise des AHV-pflichtigen Einkommens (z.B. Lohnausweise) der letzten 3 Jahre vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bis heute bei.

7. Bemerkungen

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Bitte Ausweiskopie beilegen

Referenznummer: _____

Abteilung: LP-NBC-C

Versicherte Person:

Name, Vorname und Geburtsdatum

Adresse

Das Datenschutzgesetz sieht eine Informationspflicht beim Beschaffen von besonders schützenswerten Personendaten vor. Dabei ist insbesondere auch auf den Zweck der Bearbeitung hinzuweisen. Für die Bearbeitung dieser Personendaten ist die ausdrückliche Zustimmung der betroffenen Person erforderlich.

Damit wir die zur Prüfung und Abklärung der versicherten Leistungen notwendigen Unterlagen beschaffen können, bitten wir Sie diese Vollmacht unterzeichnet zurückzusenden.

GENERALI Personenversicherungen AG verpflichtet sich, die auf diese Art erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln. Im Rahmen der Prüfung dieses Dossiers, insbesondere zur Abklärung der Leistungspflicht, ist die Gesellschaft berechtigt, die persönlichen Daten des/r Unterzeichnenden zu bearbeiten.

Vollmacht:

Der/die Unterzeichnende entbindet hiermit Spitäler, Ärzte, Psychologen, Therapeuten; Personen mit einer medizinischen Ausbildung, welche mit der ärztlichen Betreuung/Behandlung der versicherten Person beauftragt sind, und entsprechendes Hilfspersonal; Krankenkassen, Kranken- und Unfallversicherungen, SUVA, AHV- und IV-Stellen; Lebensversicherungen und Pensionskassen, Rückversicherer und sonstige Dritte (z.B. Arbeitgeber), **die im Zusammenhang mit dem eingetretenen Ereignis Auskünfte erteilen können**, von ihrem Berufsgeheimnis bzw. ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der GENERALI Personenversicherungen AG und ermächtigt sie, ihr diejenigen Auskünfte zu erteilen und ihr Einsicht in die Akten zu gewähren, die sie für die Prüfung des Dossiers, im speziellen zur Abklärung des Anspruchs auf Versicherungsleistungen, benötigt.

Ich ermächtige zudem die GENERALI Personenversicherungen AG Daten und medizinische Unterlagen im erforderlichen Umfang an andere Versicherer, Rückversicherer oder Gutachter weiterzuleiten sowie von diesen oder Dritten Auskünfte einzuholen.

Ort und Datum

Unterschrift

Referenznummer: _____

Abteilung: LP-NBC-C

Das Datenschutzgesetz sieht eine Informationspflicht beim Beschaffen von besonders schützenswerten Personendaten vor. Dabei ist insbesondere auch auf den Zweck der Bearbeitung hinzuweisen. Für die Bearbeitung dieser Personendaten ist die ausdrückliche Zustimmung der betroffenen Person erforderlich.

Damit wir die zur Prüfung und Abklärung der versicherten Leistungen notwendigen Unterlagen beschaffen können, bitten wir Sie diese Vollmacht unterzeichnet zurückzusenden.

GENERALI Personenversicherungen AG verpflichtet sich, die auf diese Art erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln. Im Rahmen der Prüfung dieses Dossiers, insbesondere zur Abklärung der Leistungspflicht, ist die Gesellschaft berechtigt, die persönlichen Daten des/r Unterzeichnenden zu bearbeiten.

VOLLMACHT ZUR AKTENEINSICHT

Versicherte Person

Name und Vorname _____

Strasse _____

PLZ und Ort _____

Geburtsdatum oder AHV-Nummer _____

Zur Abklärung, ob eine Berechtigung zum Leistungsbezug für Prämienbefreiung und/oder Erwerbsunfähigkeitsrente aus einer Einzellebensversicherung vorliegt, ermächtigt die unterzeichnende Person hiermit

die GENERALI Personenversicherungen AG, Soodmattenstrasse 10 in 8134 Adliswil

bei der _____
(zuständige IV Stelle angeben)

Einsicht in die Akten ihres Versicherungsfalles zu nehmen bzw. Auskünfte darüber einzuholen bezüglich

Erkrankung ab: _____
(Datum angeben)

Unfall vom: _____
(Datum angeben)

Ort und Datum _____

Unterschrift _____