

Anmeldung von Versicherungsleistungen

Das Formular „**Anmeldung für Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit und/oder Verlust/Beeinträchtigung von Grundfähigkeiten**“ 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

**Anmeldung von Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit und/oder
Verlust/Beeinträchtigung von Grundfähigkeiten**

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 _____

3. Sind Sie in den folgenden Fähigkeiten beeinträchtigt?

(Zutreffendes bitte ankreuzen , Mehrfachnennungen sind möglich)

- a) Sehen Sprechen
- Sich orientieren Hände gebrauchen

und/oder

- b) Hören Gehen
- Treppensteigen Knien oder bücken
- Stehen Greifen
- Arme bewegen Heben und Tragen
- Autofahren

4. Haben Sie Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung wegen schwerer Hilflosigkeit?

- Ja Nein **Wenn ja, bitte entsprechende Verfügung beilegen**

5. Ausmass und Dauer der Arbeitsunfähigkeit

_____ % von _____ bis _____

_____ % von _____ bis _____

_____ % von _____ bis _____

6. Ärztliche Behandlung

Behandelnde Ärzte

(bei Krankenhäusern auch Abteilung angeben)

Behandlungsbeginn	Behandlungsende	Namen	Adressen

7. 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.

8. 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 Helpspersonal; 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