

# Anmeldung von Versicherungsleistungen

Das Formular **«Ärztliches Zeugnis 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 und/oder Verlust/Beeinträchtigung von Grundfähigkeiten»** sowie die Vollmacht wollen Sie uns bitte vollständig ausgefüllt und unterzeichnet retournieren. Bitte vergessen Sie die Beilagen gemäss Anmeldeformular nicht. Insbesondere bitten wir Sie auch, uns eine Ausweiskopie (inkl. Unterschrift) von Ihnen zuzustellen.

**Adresse:**

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

Generali Personenversicherungen AG  
Soodmattenstrasse 10, 8134 Adliwil

**Ärztliches Zeugnis über Arbeitsunfähigkeit zuhanden der beratenden Ärztin/ des beratenden Arztes der Lebensversicherer**

Policen-Nr.: \_\_\_\_\_ Beginn Arbeitsunfähigkeit: \_\_\_\_\_

Krankheit     Unfall

**1. Patient**

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**2. Beruf**

Ausgeübte(er) Beruf(e): \_\_\_\_\_

Arbeitspensum: \_\_\_\_\_ Std./Tag    \_\_\_\_\_ Tag/Woche

Angestellt     Selbständig     ohne Erwerbstätigkeit

**3. Behandlung**

Ambulante Behandlung durch Sie seit wann? \_\_\_\_\_ bis? \_\_\_\_\_

Vor Ihnen durch (Name, Adresse, Fachrichtung und Zeitdauer):

Nach Ihnen durch (Name, Adresse, Fachrichtung und Zeitdauer):

Stationäre Behandlung/Kur:

Wo? \_\_\_\_\_

Von wann bis wann? \_\_\_\_\_

Falls Operation, welche? \_\_\_\_\_

Wann und wo? \_\_\_\_\_

#### 4. Anamnese

a) Wann und wie hat sich das Leiden erstmals manifestiert?

b) Subjektive Angaben des Patienten:

c) War der Patient wegen dieses Leidens schon früher in Behandlung?

Ja

Nein

Falls ja, wo?

Wann? \_\_\_\_\_

d) Bisherige Therapien:

e) Bestehen frühere Erkrankungen und/oder Unfallfolgen?

Ja

Nein

Falls ja, welche?

Seit wann? \_\_\_\_\_

Wer war der behandelnde Arzt/Spital?

Beeinflussen sie den Heilungsverlauf?

Ja

Nein

Falls ja, inwiefern?

## 5. Objektive Befunde

Untersuchungen, bildgebende Befunde, Abklärungen und Austrittsberichte (bitte Kopien beilegen):

Welche?
Datum? _____

---

## 6. Diagnose(n): ICD-Code und allfällige Differenzialdiagnose(n):

**mit** Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

--

**ohne** Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

--

Objektive Einschränkung bei den gegenwärtigen Tätigkeiten:

--

---

## 7. Andere Faktoren

Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen können  
(z.B. berufliches Umfeld, soziale Umstände, Arbeitsweg, Sucht)?

Ja

Nein

Falls ja, welche?
-------------------

## 8. Therapie

a) Gegenwärtige Behandlung und Medikation (einschliesslich Dosis):

b) Prozedere/Vorschläge (bildgebende Diagnostik, fachärztliche Untersuchung, Behandlungen, usw.):

c) Prognose:

---

## 9. Arbeitsunfähigkeit

Zumutbare Belastbarkeit (% der üblichen Belastung):	Zumutbare Anwesenheit im Betrieb (Std./Tag):	AUF in %:	Arbeitsunfähigkeit von:	Arbeitsunfähigkeit bis:

Arbeitswiederaufnahme: geplant ab: \_\_\_\_\_ zu \_\_\_\_\_ Std./Tag  
voraussichtlich in: \_\_\_\_ Wochen zu \_\_\_\_\_ Std./Tag

---

## 10. Reintegration

a) Kommt eine andere zumutbare Arbeit/Tätigkeit in Frage?  Ja  Nein

Falls ja, welche und in welchem Umfang?

b) Wird eine neue Arbeit/Tätigkeit bereits ausgeübt?  Ja  Nein

Falls ja, welche?

c) Gibt es Einschränkungen in der neuen Arbeit/Tätigkeit?  Ja  Nein

d) Besteht aus medizinischer Sicht eine Einschränkung beim Führen eines Fahrzeuges?  Ja  Nein

Falls ja, welche?

---

### 11. Konsultationen

Datum der letzten Konsultation \_\_\_\_\_

Datum der nächsten Konsultation \_\_\_\_\_

---

### 12. Andere Versicherer

Sind weitere Leistungsträger beteiligt

(Unfallversicherer, Krankentaggeldversicherer, IV, MV, usw.)?

Ja

Nein

Falls ja, welche?

---

### 13. Bemerkungen

Ort und Datum:

Anschrift des Arztes/der Ärztin:

Unterschrift des Arztes/der Ärztin:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bitte retournieren Sie dieses Formular an folgende Adresse:**

Generali Personenversicherungen AG

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

Postfach 1040, 8134 Adliswil 1

# Anmeldung für Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit und/oder Verlust/Beeinträchtigung von Grundfähigkeiten

Generali Personenversicherungen AG  
New Business & Claims  
Soodmattenstrasse 10  
Postfach 1040  
8134 Adliswil 1

## Versicherte Person

Policennummer(n) \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsland \_\_\_\_\_  
Alle Nationalitäten \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Telefon Privat \_\_\_\_\_ Telefon Mobile \_\_\_\_\_  
Telefon Geschäft \_\_\_\_\_ AHV-Nr. \_\_\_\_\_

## Wohin zahlen?

Auf Post / Bankkonto Nr. \_\_\_\_\_  
Name/Adresse der Post / Bank \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_  
Konto lautend auf \_\_\_\_\_  
(Name und Adresse)

**Bitte beachten Sie, dass Zahlungen an eine andere Person als den Versicherungsnehmer nicht möglich sind. Ausnahme: Konti, bei welchen der Versicherungsnehmer einer von 2 Kontoinhabern ist\*.**

\* sofern es sich um ein solches Konto handelt, benötigen wir vom 2. Kontoinhaber ebenfalls eine Ausweiskopie (inkl. Unterschrift) und die Angaben zu Geburtsland und allen Nationalitäten.

### 1. a) Berufliche Aktivitäten

Vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit erwerbstätig zu (in %) \_\_\_\_\_

angestellt seit \_\_\_\_\_  selbständig seit \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Anzahl Mitarbeiter \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf \_\_\_\_\_

Beruf vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit \_\_\_\_\_

### 1. b) Beschreibungen der Aktivitäten vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit

Körperlich/handwerklich \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ %

\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ %

Administrativ/intellektuell \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ %

\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ %

Andere \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ %

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

Unfall

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 beiliegen



## 5. Ausmass und Dauer der Arbeitsunfähigkeit

\_\_\_\_\_ % von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ % von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ % von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

## 6. Ärztliche Behandlung

Behandlungsbeginn	Behandlungsende	Behandelnde Ärzte (bei Krankenhäusern auch Abteilung angeben)	
		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 \_\_\_\_\_
- Die Eidgenössische Militärversicherung (EMV) seit \_\_\_\_\_
- Die Eidgenössische Invalidenversicherung (IV) seit \_\_\_\_\_
- Ausländische Sozialversicherungen/Name: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
- Haftpflichtversicherungen/Name: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
- Lebensversicherungen im In- und Ausland/Name: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
- Pensionkasse des Arbeitsgebers/Name: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
- Andere – Art/Name: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
- Andere – Art/Name: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

(genaue Adressen der zutreffenden Versicherungen angeben)

**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

**Bitte Ausweiskopie (inkl. Unterschrift) von Ihnen beilegen.**

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Vollmacht

Policennummer: \_\_\_\_\_ Abteilung: LP-NBC-C

Versicherte Person: \_\_\_\_\_

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.**

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 sowie die Informationen über Vorbescheide und Verfügungen 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