

Antrag auf Leistung bei Berufsunfähigkeit

Polizze Nr. _____

Hinweis

Spätestens 7 Monate nach Beginn der Berufsunfähigkeit ist uns der Antrag einzureichen.

Angaben zur versicherten Person

Name _____ Vorname _____
Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____
Geburtsdatum _____ Telefon Nr. _____
E-Mail-Adresse _____

Tätigkeit vor Eintritt der Berufsunfähigkeit

Beruf _____ Branche _____
Genaue Tätigkeit _____
☐ Vollzeit ☐ Teilzeit Std. pro Woche ☐ selbständig ☐ angestellt
Name des Arbeitgebers/der Firma _____
Adresse _____
Üben Sie einen Nebenberuf aus? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welchen _____
Std. pro Woche _____

Ursache der Berufsunfähigkeit

Bei Krankheit Beginn _____ Art der Erkrankung _____
Bei Unfall Unfalldatum _____ Art der Verletzung _____

Dauer der Berufsunfähigkeit

Ausmass und Dauer der Berufsunfähigkeit _____ % von _____ bis _____
_____ % von _____ bis _____
_____ % von _____ bis _____



Ärztliche Behandlung

Behandelnde Ärzte (bei Spital bitte auch Abteilung angeben)

Beginn	Ende	Name, Adresse
--------	------	---------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Welcher dieser Ärzte kann über den ganzen Verlauf der Krankheit bzw. Unfallfolgen Auskunft geben?

Sind weitere Therapeuten in die Behandlung involviert? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Name, Adresse

Bemerkungen

Anderweitige Anmeldungen

Meine Berufsunfähigkeit ist ebenfalls angemeldet bei

Leistungen sind anerkannt

Invalidenversicherung - AUVA

zu _____ % seit _____

weitere Versicherer

zu _____ % seit _____

Wenn ja: Name, Adresse

Sie erleichtern uns die Prüfung Ihres Leistungsanspruchs, wenn Sie uns Kopien von bereits vorliegenden Arztberichten und Entscheiden anderer Versicherer einreichen.



Vollmacht

Ich bin mir bewusst, dass elipsLife für die Prüfung des Leistungsfalls bestimmte Daten über meine Person benötigt. Das Fehlen dieser Daten kann zur Ablehnung des Leistungsbegehrens führen.

Ich willige ein, dass elipsLife zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus dem gegenständlichen Versicherungsfall und zur Überprüfung erbrachter Behandlungsleistungen personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung einholen darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Satzes sind die im Einzelfall zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen von den behandelnden Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind auch die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- und Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; dazu gehören etwa Anamnese und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Pflegebericht, Entlassungsbericht, Prognose, Einschätzung der beruflichen Belastbarkeit, Behandlungsempfehlungen etc., wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Ausserdem willige ich ein, dass elipsLife Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls beantragten, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (bei Doppelversicherungen) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmass einholt.

Im Fall dieser Datenermittlungen werden Sie 14 Tage im Voraus über die beabsichtigten Datenermittlungen, deren Zweck und konkretes Ausmass sowie über Ihr Recht auf Widerspruch und dessen Folgen verständigt. Nach Erhalt dieser Information können Sie innerhalb von 14 Tagen der Ermittlung widersprechen.

Bei Widerspruch oder bei Verweigerung der Einwilligung im Einzelfall sind die benötigten Unterlagen von Ihnen oder dem/der Bezugsberechtigten in vollem Umfang selbst beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden.

- ☐ Ich willige in die Datenermittlung zur Bearbeitung des Versicherungsfalls ein und werde im Fall der Datenermittlung zur Bearbeitung eines konkreten Versicherungsfalls verständigt woraufhin mir ein 14tägiges Widerrufsrecht zusteht.

Entbindung von der Schweigepflicht

- ☐ Ich entbinde den Gesundheitsdienstleister im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht im Umfang der o.a. Einwilligungserklärung.

Polizzen-/Referenz-Nr. _____

Name _____

Vorname _____

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person



Auszahlung

Finanzinstitut

IBAN	_____
Konto Nr. (ausserhalb Europas)	_____
SWIFT Code (ausserhalb Europas)	_____
Name Finanzinstitut	_____
Adresse Finanzinstitut	_____
Land Finanzinstitut	_____
Kontoinhaber (nat./jur. Person ¹)	_____
Wohnadresse/Domiziladresse Kontoinhaber (sofern abweichend vom Versicherungsnehmer)	_____

¹ Bei operativ tätigen juristischen Personen/Personengesellschaften ist das Formular "Feststellung der Kontrollinhaber bei juristischen Personen / Personengesellschaften" einzureichen.

Bei Sitzgesellschaften (nicht operativ tätige juristische Personen/Personengesellschaften) ist das Formular "Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten" durch den Antragsteller/Versicherungsnehmer auszufüllen.

Falls der Kontoinhaber nicht dem Versicherungsnehmer entspricht, sind zusätzlich folgende Angaben zu machen:

Kontoinhaber (nat./jur.)

Name, Vorname / Firma	_____
Wohnadresse / Domiziladresse	_____
Geburtsdatum / Gründungsdatum	_____
Nationalität / Domizilstaat	_____

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer



Erklärung Pfandgläubiger (sofern die Polizze verpfändet ist)

Der Pfandgläubiger gibt hiermit sein Einverständnis, dass elipsLife die Auszahlung gemäss den Instruktionen des Versicherungsnehmers vornimmt.

Ort, Datum

Unterschrift Pfandgläubiger

(Name und Vorname der unterzeichnenden Personen)

- Die Auszahlungsinstruktionen können auch mit separatem Schreiben bestätigt werden.
- Sind die Ansprüche aus dieser Polizze nicht mehr verpfändet, so ist uns eine schriftliche Pfandaufhebungsanzeige zuzustellen.

