

Anzeige eines Todesfalles

Polizze Nr. _____

Hinweis

- Die Anzeige ist bei jedem Todesfall so rasch als möglich einzureichen.
- Die Anzeige ist durch den nächsten Familienangehörigen des Verstorbenen auszufüllen. Falls nicht möglich, durch eine informierte Person
- Der Anzeige sind eine amtliche Sterbeurkunde, die Polizze(n) und Zahlungsinstruktion gemäß Anhang beizulegen

Angaben zur verstorbenen versicherten Person

Name _____ Vorname _____
 Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____
 Geburtsdatum _____
 Zivilstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt ☐ geschieden ☐ verwitwet

Angaben der Auskunftspersonen

1. Todestag _____ Todesursache _____
2. Hausarzt der verstorbenen Person (Name/Adresse) _____
3. Welcher Arzt hat die verstorbene Person behandelt? (Name, Adresse) _____
 Behandlung von _____ bis _____
 Ursache _____
4. Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person in den letzten 2 Jahren
 _____ % von _____ bis _____ % von _____ bis _____
5. Bei Tod durch Unfall oder Tod unter außergewöhnlichen Umständen
 Schilderung des Geschehens, das zum Tod geführt hat _____
 Auskunftsperson (Name, Adresse) _____
 Verwandtschaftsgrad ☐ Eltern ☐ Kind ☐ Ehegatte ☐ Geschwister ☐ übrige ☐ Nicht verwandt
6. Die Erbengemeinschaft wird vertreten durch (Erben, Willensvollstrecker, Vormundschaftsamt usw.) _____



Vollmacht

Ich bin mir bewusst, dass elipsLife für die Prüfung des Leistungsfalls bestimmte Daten über die verstorbene Person benötigt. Das Fehlen dieser Daten kann zur Ablehnung des Leistungsbegehrens führen. Deshalb bin ich damit einverstanden, dass die Personalien der verstorbenen Person (Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Beruf, Adresse) sowie ihre Todesursache und Gesundheitsdaten zum Zweck der Leistungsprüfung von elipsLife bearbeitet werden. elipsLife kann diese Daten zur Leistungsprüfung und zur Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs auch anderen Konzerngesellschaften sowie anderen beteiligten Versicherern und Rückversicherern im In- und Ausland übermitteln.

Ich willige ein, dass elipsLife zur Leistungsprüfung 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 zu 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 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) sowie anderen Konzerngesellschaften zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

Dazu ermächtige ich die in der Leistungsanmeldung markierten, respektive genannten Versicherer, elipsLife bzw. deren medizinischen Dienst auf Anfrage die zur Abwicklung des Leistungsfalls erforderlichen Daten bekannt zu geben. Ich entbinde diese Versicherer ausdrücklich von ihrer Geheimhaltungspflicht.

Zudem entbinde ich den Gesundheitsdienstleister im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht im Umfang der obigen Einwilligungserklärung.

Polizzen-/Referenz-Nr. _____

Name, Adresse _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Kontaktinformation

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

Elips Life AG
Privatkunden / 50
Industriestrasse 56
9491 Ruggell Liechtenstein

Email: private.services@swisslife.com



Interner Gebrauch (nur vom Berater auszufüllen)

Berater Nr. _____

Über diesen Todesfall ist mir
persönlich folgendes bekannt _____

Im Sinne eines schnellen Kundendienstes werden die Auszahlungsbestätigung und die Abrechnung in der Regel direkt den
Anspruchsberechtigten zugestellt

Ort, Datum _____

Unterschrift des Mitarbeiters _____

