

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 Erwerbsunfähigkeit ist ebenfalls angemeldet bei Leistungen sind anerkannt

Invalidenversicherung zu _____ % seit _____

Unfallversicherer zu _____ % seit _____

Wenn ja: Name, Adresse _____

Haftpflichtversicherer zu _____ % seit _____

Wenn ja: Name, Adresse _____

weitere Versicherer zu _____ % seit _____

Wenn ja: Name, Adresse _____

Falls Pensionskasse/BVG bei Swiss Life versichert Vertrags-Nr. _____

Sie erleichtern uns die Prüfung Ihres Leistungsanspruchs, wenn Sie uns Kopien von bereits vorliegenden Arztberichten und Entscheiden anderer Versicherer (IV-Verfügungen, Unfallkarte, usw.) einreichen.



Vollmacht

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

Ich bin damit einverstanden, dass meine Personalien (Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Beruf, Adresse) sowie meine Gesundheitsdaten zum Zweck der Leistungsprüfung von Swiss Life bearbeitet werden. Swiss Life kann diese Daten zur Leistungsprüfung und zur Bekämpfung des Versicherungsmisbrauchs auch Konzerngesellschaften sowie anderen beteiligten Versicherern und Rückversicherern im In- und Ausland übermitteln.

Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass Swiss Life zur Leistungsprüfung Auskünfte bei Konzerngesellschaften sowie bei Arbeitsstellen und bei Dritten, insbesondere bei Vorversicherern über den bisherigen Schadenverlauf, einholt.

Ich entbinde hiermit Spitäler, Ärzte, Psychologen, Therapeuten, und entsprechendes Personal der Krankenkassen, Krankentaggeldversicherungen, Kranken- und Unfallversicherungen, AHV- und IV-Stellen, Lebensversicherungen, Pensionskassen, Rückversicherer sowie sonstige Dritte, die im Zusammenhang mit dem eingetretenen Ereignis Auskünfte erteilen können, von ihrem Berufsgeheimnis bzw. ihrer ärztlichen Schweigepflicht und ermächtigt diese, Swiss Life 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.

Ausserdem ermächtigt ich Swiss Life, Informationen und Unterlagen (inkl. medizinischer Unterlagen und uns vorliegender Akten weiterer involvierter Versicherungen) an andere Versicherer, z.B. an Krankenkassen, Krankentaggeldversicherungen, Kranken- und Unfallversicherungen, AHV- und IV-Stellen, Lebensversicherungen, Pensionskassen, Rückversicherer sowie an Gutachter und Ärzte zum Zweck der Leistungsabwicklung zu übermitteln. Swiss Life kann diese Daten zur Bekämpfung des Versicherungsmisbrauchs anderen Konzerngesellschaften und auch an Dritte übermitteln.

Policen-/Referenz-Nr. _____

Name _____ Vorname _____

Ort, Datum _____ Unterschrift der versicherten Person _____

Steuermeldung (gemäss Bundesgesetz über die Verrechnungssteuer vom 13.10.1965)

Die Lebensversicherungsgesellschaften sind verpflichtet, Erwerbsunfähigkeitsleistungen der Eidg. Steuerverwaltung zu melden, sofern die Jahresrente den Betrag von CHF 500.00 übersteigt. Wird gegen diese Steuermeldung Einspruch erhoben, ist Swiss Life verpflichtet, 15% aller meldepflichtigen Erwerbsunfähigkeitsleistungen zu Lasten der Versicherungsleistungen der Eidg. Steuerverwaltung abzuliefern, ohne dabei den Namen des Anspruchsberechtigten bekannt zu geben.

Ohne Ihren Gegenbericht werden wir eine Steuermeldung vornehmen.



Auszahlung

Die Auszahlung der Leistung erfolgt an (bitte eine Auswahl treffen):

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Versicherungs- / Vertragsnehmer | <input type="radio"/> Eltern / Grosseltern |
| <input type="radio"/> EhepartnerIn / Eingetragene(r) PartnerIn | <input type="radio"/> Vorsorgeeinrichtung der 2. Säule |
| <input type="radio"/> LebenspartnerIn im gleichen Haushalt wohnhaft | <input type="radio"/> Kinder / Enkelkinder |
| <input type="radio"/> Anerkannte gemeinnützige Organisationen
(nur mit ZEWO oder SQS VMI Gütesiegel) | <input type="radio"/> Personen / Stellen mit vertraglichem oder sonstigem
rechtlichen Anspruch |

Sofern die Auszahlung nicht an den Versicherungs-/Vertragsnehmer erfolgt, ist eine Kopie eines gültigen amtlichen Ausweises einzureichen (Identitätskarte Vorder- und Rückseite). Je nach Ergebnis der individuellen Prüfung können zusätzliche Dokumente einverlangt werden. Gültige Ausweisdokumente: Pass; Identitätskarte (Schweiz, Liechtenstein und Schengen Länder)

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 Zahlungsempfänger nicht der gemäss Vertrag anspruchsberechtigten Person entspricht, sind zusätzlich folgende Angaben zu machen:

Anspruchsberechtigte Person (nat./jur.)

Name, Vorname / Firma _____

Wohnadresse / Domiziladresse _____

Geburtsdatum / Gründungsdatum _____

Nationalität / Domizilstaat _____

AHV-Nr. 756. . .

Diese können Sie dem AHV-Versicherungsausweis oder der Versicherungskarte Ihres Krankenversicherers entnehmen.

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift Pfandgläubiger (sofern Vertrag verpfändet ist)

Der unterzeichnende Pfandgläubiger ermächtigt Swiss Life, alle Zahlungen bei Erwerbsunfähigkeit, an den Versicherungsnehmer zu leisten.

Ort, Datum

Unterschrift Pfandgläubiger

(Name und Vorname der unterzeichnenden Personen)

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

