

Antrag auf Leistung bei Erwerbsunfähigkeit

Vertrag Nr. _____

Hinweis

Spätestens 1 Monat nach Ablauf der Wartefrist ist uns der Antrag einzureichen.

Angaben zur versicherten Person

Name _____ Vorname _____
Strasse, Nr. _____ PLZ, Ort _____
Geburtsdatum _____ Telefon / Mobiletelefon Nr. _____

Tätigkeit vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit

Beruf _____ Branche _____

Genauere 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 Erwerbsunfähigkeit

Bei Krankheit: Beginn _____ Art der Erkrankung _____

Bei Unfall: Unfalldatum _____ Art der Verletzung _____

Dauer der Erwerbsunfähigkeit

Ausmass und Dauer der Erwerbsunfähigkeit _____ % 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 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 ermächtige 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 ermächtige 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

Auszahlung an das folgende Finanzinstitut:

Finanzinstitut der Schweiz

IBAN _____

Name Finanzinstitut _____

Kontoinhaber (nat/jur. Person¹) _____

Wohnadresse/Domiziladresse
Kontoinhaber (sofern abweichend vom
Versicherungsnehmer) _____

Finanzinstitut in Europa

IBAN _____

Name Finanzinstitut _____

Adresse Finanzinstitut _____

Land Finanzinstitut _____

Kontoinhaber (nat/jur. Person¹) _____

Wohnadresse/Domiziladresse
Kontoinhaber (sofern abweichend vom
Versicherungsnehmer) _____

Finanzinstitut ausserhalb Europas

Bankkonto Nr. _____

SWIFT Code _____

Name Finanzinstitut _____

Adresse Finanzinstitut _____

Land Finanzinstitut _____

Kontoinhaber (nat/jur. Person¹) _____

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 _____

Ort, Datum

Unterschrift

Ist eine Police verpfändet, erfolgt die Zahlung an die Pfandgläubigerin.

Erklärung der Pfandgläubigerin

Die unterzeichnende Pfandgläubigerin ermächtigt Swiss Life, alle Zahlungen bei Erwerbsunfähigkeit, an den Versicherungsnehmer zu leisten.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Pfandgläubigerin

