

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**» 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

Falls ja, welche?

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 von Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit

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)

<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> 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?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, von _____ bis _____

Bitte Name/Adresse der damals behandelnden Ärzte angeben _____

3. Sind Sie beim Führen eines Fahrzeuges eingeschränkt?

Ja Nein

4. Ausmass und Dauer der Arbeitunfähigkeit

_____ %	von _____	bis _____
_____ %	von _____	bis _____
_____ %	von _____	bis _____

5. Ärztliche Behandlung

		Behandelnde Ärzte (bei Krankenhäusern auch Abteilung angeben)	
Behandlungsbeginn	Behandlungsende	Namen	Adressen
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

6. 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.

7. Bemerkungen

Bitte Ausweiskopie (inkl. Unterschrift) von Ihnen beilegen.

Ort, 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