

Anmeldung bei Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit

*Vertrag Nr.: _____

*Firma: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

*Police Nr.: _____

Bitte alle Seiten ausfüllen und unterschreiben.

Krankheit

Unfall

1 Personalien der versicherten Person (vom Arbeitgeber auszufüllen)

*Name: _____ *Vorname: _____ *Geburtsdatum: _____

*Strasse, Nr.: _____ *PLZ, Ort: _____

*Nationalität: _____ *Beruf/Funktion: _____ *Zivilstand: _____

*Eintritt in die Firma: _____ Tel. privat: _____ Tel. Geschäft: _____

*Welches war der Lohn der versicherten Person bei Beginn der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit? Jahreslohn (ggf. hochgerechnet) in CHF _____

*Befindet sich die versicherte Person in gekündetem Arbeitsverhältnis? Ja Nein

(*\Wenn ja, per welchem Datum ist es aufgelöst? _____

(*\Wenn nein, ist eine Kündigung vorgesehen und per wann? _____

2 Für diesen Fall mitbeteiligte Versicherungseinrichtungen

Unfallversicherer	Unfall Nr.	Lohnausfallversicherung
_____	_____	_____

*Eidg. Invalidenversicherung:

Meldung zur Früherfassung erfolgt? Ja Nein

Anmeldung zum Leistungsbezug durch versicherte Person erfolgt? Ja Nein

Anmeldung vorgesehen? Zuständiger Kanton _____ Ja Nein

*Militärversicherung? Ja Nein

Andere Versicherungsträger (inkl. ausländische Sozialversicherungen): _____

3 Für unterhaltspflichtige Personen

(*\Angaben über Kinder, für die Leistungen geltend gemacht werden

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Benötigte Unterlagen:

Kopie des Familienbüchleins und zusätzlich für in Ausbildung stehende Kinder, welche das reglementarische resp. versicherungsvertragliche Schlussalter überschritten haben, Bestätigung der entsprechenden Lehranstalt.

Ort, Datum Stempel, Unterschrift des Arbeitgebers

4 Angaben über die Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit (von der versicherten Person auszufüllen)

Neuanmeldung Rückfall

*Meldung zur Früherfassung bei der Eidg. Invalidenversicherung erfolgt? Ja Nein

Bei **Krankheit**

a) (*)Woran leiden Sie?

b) (*)Seit wann hatten Sie Beschwerden?

c) (*)Sind Sie schon früher wegen der gleichen Krankheit behandelt worden? Ja Nein

(*)Wenn ja, wann? _____

(*)Durch welchen Arzt? _____

Bei **Unfall** (inkl. Berufskrankheiten)

a) (*)Zeit und Ort des Unfalls?

b) (*)Unfallhergang? (inkl. beteiligte Personen, Gegenstände, Fahrzeuge)

(*)Gibt es eine haftpflichtige Drittperson? Ja Nein

(*)Besteht ein Polizeirapport? Ja Nein

c) (*)Art der Verletzungen?

Bitte **Unterlagen** (Entscheide, Verfügungen, Bestätigungen) der/des Unfallversicherer/s beilegen.

5 Ärztliche Behandlung

a) *Wann haben Sie erstmals den Arzt aufgesucht? _____

*Welchen Arzt? _____

b) (*)Nachher konsultierte oder zugezogene Ärzte? Wann und welche?

c) *Name und Adresse des Arztes, bei dem Sie jetzt in Behandlung oder Kontrolle stehen

6 Während welcher Zeit und in welchem Umfang waren Sie arbeits- resp. erwerbsunfähig?

*Zeit vom

*bis

*Erwerbsunfähigkeit in %

*Zeit vom	*bis	*Erwerbsunfähigkeit in %
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

7 Vollmacht

a) Andere Versicherer

Im Hinblick auf die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung der versicherten Person, ermächtigt der/die Unterzeichnete die Helvetia ausdrücklich, bei sämtlichen in diesen Leistungsfall involvierten öffentlich- und privatrechtlichen Versicherungsträgern als da sind Krankenkassen, Krankenversicherer, Krankentaggeldversicherer, Unfallversicherer, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen etc. die erforderlichen Auskünfte einzuholen und insbesondere die relevanten Akten einzusehen (bspw. medizinische Gutachten und Berichte anderer Institutionen wie der Berufsberatung).

b) Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer

Ebenso wird die Helvetia mit nachfolgender Unterschrift ermächtigt, die ihr notwendig erscheinenden Auskünfte bei Ärzten und anderen medizinischen

Leistungserbringern sowie Spitalern; Heilanstalten etc. einzuholen. Die Ärzte und die genannten Institutionen sind daher von der Schweigepflicht gegenüber der Helvetia vorbehaltlos entbunden.

c) Weiterleitung der eigenen Akten

Im weiteren ermächtigt der/die Unterzeichnete die Helvetia, Unterlagen über den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit, insbesondere medizinische Dokumente, an die zuständige IV-Stelle zu übermitteln, um dadurch die Chance der Wiedereingliederung ins Berufsleben zu erhöhen. Dieses Vorgehen ersetzt jedoch nicht die Anmeldung bei der IV, die durch die versicherte Person selber vorgenommen werden muss.

Name und Vorname der versicherten Person

Geburtsdatum

Sozialversicherungsnr. (AHV)

Mit nachfolgender Unterschrift erteilt die versicherte Person die obengenannte Vollmacht in vollem Umfang (a bis c).

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters

Beilagen

Bitte senden Sie dieses Formular an:

Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG, Postfach 3855, 4002 Basel