

Anmeldung bei Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit

Bitte alle Seiten ausfüllen und unterschreiben.

Vertrag Nr. <input type="text"/>	Firma, PLZ, Ort <input type="text"/>
Police Nr. <input type="text"/>	

Krankheit
 Unfall

1 Personalien der versicherten Person (vom Arbeitgeber auszufüllen)

Name <input type="text"/>	Vorname <input type="text"/>		
Strasse, Nr. <input type="text"/>	PLZ, Ort <input type="text"/>		
Geburtsdatum <input type="text"/>	Beruf/Funktion <input type="text"/>	Zivilstand <input type="text"/>	
Nationalität <input type="text"/>	Eintritt in die Firma <input type="text"/>	Tel. privat <input type="text"/>	Tel. Geschäft <input type="text"/>

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

Befindet sich die versicherte Person in gekündetem Arbeitsverhältnis? Ja Nein

Wenn ja, per welchem Datum ist es aufgelöst?

2 Für diesen Fall mitbeteiligte Versicherungseinrichtungen

Unfallversicherer <input type="text"/>	Unfall Nr. <input type="text"/>	Lohnausfallversicherung <input type="text"/>
Militärversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Andere Versicherungsträger (inkl. ausländische Sozialversicherungen) <input type="text"/>	
Eidg. Invalidenversicherung: Anmeldung erfolgt am <input type="text"/>		
Zuständiger Kanton <input type="text"/>		
Zuständige Ausgleichskasse <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Anmeldung vorgesehen		

3 Für unterhaltspflichtige Personen

Angaben über Kinder, für die Leistungen geltend gemacht werden

Name <input type="text"/>	Vorname <input type="text"/>	Geburtsdatum <input type="text"/>
------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

Benötigte Unterlagen

Kopie des Familienbüchleins und zusätzlich für in Ausbildung stehende Kinder, welche das Schlussalter 18 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

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) Wie hat sich der Unfall zugetragen?

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 %

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 Ärz-

ten und anderen medizinischen Leistungserbringern sowie Spitälern; 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

AHV-Nr.

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

Unterschrift der versicherten Person oder
des gesetzlichen Vertreters

Ort, Datum

Beilagen