

Per Fax an: +49 89 38109-4180

Swiss Life AG
Niederlassung für Deutschland / BU-Leistungsprüfung
85746 Garching b. München

Leistungsfallmeldung bei Berufsunfähigkeit

für Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) und Selbstständige BU (SBU)

A. Versicherungsnummer(n)

Bitte geben Sie alle Vertragsnummern der Versicherten Person an, die eine BU beinhalten

_____ - _____

_____ - _____

B. Angaben zur Versicherten Person

Vorname Name

Anschrift

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Wie erreichen wir Sie, falls wir noch Fragen haben?

Telefon tagsüber

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit☐ angestellt☐ selbstständig

Gesundheitliche Beschwerden

Seit wann bestehen die genannten Beschwerden? _____. _____. 20____ (tt.mm.jjjj)

C. Kontaktaufnahme

Zur Prüfung der Berufsunfähigkeit benötigen wir noch weitere individuelle Angaben. Sobald diese Leistungsfallmeldung bei uns eingegangen ist, nehmen wir umgehend telefonisch Kontakt auf.

Mit wem darf Swiss Life das Telefonat führen?

☐ Mit der Versicherten Person

☐ Mit angehöriger/sonstiger Person, die über die gesundheitliche und berufliche Situation der Versicherten Person informiert ist
(Bitte Namen und Telefonnummer angeben)

☐ Ich möchte ausschließlich schriftlich kontaktiert werden

D. Unterschriften

.....
Ort. Datum

.....
Unterschrift Versicherte Person

.....
Unterschrift Geschäftspartner
(falls vorhanden)