KlinikRente

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? ___ ___ . ___ ___ . 2 0 ___ ___ *(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)*