

## Anmeldung von Versicherungsleistungen

Das Formular „**Ärztliche Auskunft über Arbeitsunfähigkeit**“ lassen Sie bitte von Ihrem behandelnden Arzt ausfüllen und retournieren.

**Adresse:**

Fortuna Lebens-Versicherungs Aktiengesellschaft  
Herr Dr. med. Didier Lohner  
Abteilung LP-NBC-C  
Städtle 35  
Box  
LI-9490 Vaduz

Das Formular „**Anmeldung für Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit**“ sowie die beiden Vollmachten wollen Sie uns bitte vollständig ausgefüllt und unterzeichnet retournieren. Bitte vergessen Sie die verschiedenen Beilagen nicht.

**Adresse:**

Fortuna Lebens-Versicherungs Aktiengesellschaft  
Abteilung LP-NBC-C  
Städtle 35  
Box  
LI-9490 Vaduz

# Ärztliches Zeugnis

## über Arbeitsunfähigkeit

ausgestellt zu Händen

Dr. med. Didier Lohner / LP-NBC-C

Städtle 35, Postfach, FL-9490 Vaduz



# FORTUNA

Lebens-Versicherungs-Gesellschaft

Compagnie d'Assurances sur la vie

Compagnia di Assicurazioni sulla vita

### Versicherte Person

Name, Vorname, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Policennummer(n) \_\_\_\_\_

erlernter Beruf \_\_\_\_\_ ausgeübte Tätigkeit/Funktion \_\_\_\_\_

### Auszug aus der Krankengeschichte seit \_\_\_\_\_

#### 01 Ursache der Arbeitsunfähigkeit:

Krankheit

Unfall

Diagnose und/oder ICD-Code? \_\_\_\_\_

Wann genau traten die ersten Symptome auf? \_\_\_\_\_

Bei Unfall: Unfalldatum und Art des Unfalles? \_\_\_\_\_

#### 02 Ambulante Behandlung: durch Sie

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Datum der letzten Kontrolle \_\_\_\_\_

Vor Ihnen durch

Dr. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Nach Ihnen durch

Dr. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

#### 03 Stationäre Behandlung / Kur: wo? \_\_\_\_\_

Eintrittstag: \_\_\_\_\_ Entlassungstag: \_\_\_\_\_

#### 04 Anamnese (chronologischer Verlauf, bisherige Therapie):

Aktuelle Symptome / aktueller Zustand:

Prognose:

#### 05 Art und Umfang der gegenwärtigen Behandlung:

Aktuelle Medikation (einschl. Dosis)?

keine

Welche? \_\_\_\_\_

Empfehlungen für die zukünftige Therapie: \_\_\_\_\_

#### 06 Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit bezogen auf die bisher ausgeübte Tätigkeit

\_\_\_\_\_ % vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ % vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Diese Angaben beziehen sich bei Teilarbeitsfähigen auf die volle Arbeitszeit bei reduzierter Leistung, es sei denn der Arzt schreibe aus medizinischen Gründen etwas anderes vor.

Grund für die reduzierte Arbeitszeit, anstelle reduzierter Leistung: \_\_\_\_\_

#### 07 Kommt eine andere zumutbare Arbeit in Frage?

nein  ja

Wenn ja, welche und in welchem Umfang?

Wird eine neue Tätigkeit bereits ausgeübt?

nein  ja

Wenn ja, welche und in welchem Umfang?

Einschränkung in der neuen Tätigkeit:

nein  ja

Ist ein bleibender Nachteil zu erwarten?

Wenn ja, welcher Art?

Besteht aus medizinischer Sicht eine Einschränkung beim Führen eines Fahrzeuges?

nein  ja

#### 08 Kann mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden?

nein  ja

Wenn ja, ab wann und in welchem Umfang?

\_\_\_\_\_ % ab \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ % ab \_\_\_\_\_

Sind berufliche Massnahmen angezeigt?

nein  ja

Wenn ja, welche und durch wen? \_\_\_\_\_

#### 09 Ist zusätzlich eine Anmeldung bei einer anderen Versicherungsanstalt erfolgt?

nein  ja Wann? \_\_\_\_\_

Wenn ja bei welcher Gesellschaft und Art der Versicherung: \_\_\_\_\_

#### 10 Zusatzinformationen, Ergänzungen und Vorschläge:

(allenfalls Rückseite benutzen)

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift:

## Anmeldung von Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit

**Versicherte Person**
**Policennummer(n)**

Name, Vorname, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon Privat: \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft: \_\_\_\_\_

Telefon Mobil: \_\_\_\_\_

AHV-Nr.: \_\_\_\_\_

**Wohin zahlen?**
 auf Postkonto Nr. \_\_\_\_\_

Konto lautend auf \_\_\_\_\_

(Name und Adresse)

 auf Bankkonto Nr. \_\_\_\_\_

Name/Adresse der Bank \_\_\_\_\_

SWIFT \_\_\_\_\_

Konto lautend auf \_\_\_\_\_

(Name und Adresse)

**1. a) Berufliche Aktivitäten**

Vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit erwerbstätig zu \_\_\_\_\_ %

 angestellt seit \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

 selbständig seit \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Anzahl Mitarbeiter \_\_\_\_\_

Erlernter Beruf \_\_\_\_\_

Beruf vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit \_\_\_\_\_

**1. b) Beschreibung der Aktivitäten vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit**
**in %**

Körperlich / handwerklich \_\_\_\_\_

%

%

Administrativ / intellektuell \_\_\_\_\_

%

%

Andere \_\_\_\_\_

%

%

**2. Grund der Leistungsanmeldung** (für ergänzende/ausführlichere Angaben verwenden Sie bitte ein Zusatzblatt)

 **Unfall**
 **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?

 Ja

 Nein

Wenn ja,

von \_\_\_\_\_

bis \_\_\_\_\_

Bitte Name/Adresse der damals behandelnden Ärzte angeben \_\_\_\_\_

***Bitte beide Seiten ausfüllen ./.***

**3. Sind Sie beim Führen eines Fahrzeuges eingeschränkt?**

Ja  Nein

**4. Ausmass und Dauer der Arbeitsunfähigkeit**

\_\_\_\_\_ % 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 \_\_\_\_\_
- Eine staatliche Unfallversicherungsanstalt (Beispiel: Suva in der Schweiz) seit \_\_\_\_\_
- Private Unfallversicherungen / Name: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
- Eine staatliche Militärversicherung (Beispiel: MV in der Schweiz) seit \_\_\_\_\_
- Eine staatliche Invalidenversicherung (Beispiel: IV in der Schweiz) seit \_\_\_\_\_
- Ausländische Sozialversicherungen / Name: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
- Haftpflichtversicherungen / Name: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
- Lebensversicherungen im In- und Ausland / Name: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
- Pensionskasse des Arbeitgebers / Name: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
- Andere - Art / Name: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
- Andere - Art / Name: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

(genaue Adressen der zutreffenden Versicherungen angeben)

**Allfällige Abrechnungen oder Verfügungen anderer Versicherer bitte beilegen.**

**Bitte legen Sie die Nachweise des AHV-pflichtigen Einkommens (z.B. Lohnausweise) der letzten 3 Jahre vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bis heute bei.**

**7. Steuermeldepflicht**

Wir machen den Versicherungsnehmer darauf aufmerksam, dass sie verpflichtet sind, Versicherungsleistungen bei ihrer zuständigen Steuerbehörde anzumelden.

**8. Bemerkungen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Bitte Ausweiskopie beilegen**

Referenznummer: \_\_\_\_\_

Abteilung: LP-NBC-C

**Versicherte Person:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname und Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse

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.

**FORTUNA Lebens-Versicherungs AG Vaduz 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.**

## VOLLMACHT

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 (z.B. die SUVA in der Schweiz), die staatliche Invalidenversicherung (z.B. die IV in der Schweiz) und ausländische Sozialversicherungen; Haftpflichtversicherungen, Lebensversicherungen im In- und Ausland und Pensionskassen des Arbeitgebers, 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 FORTUNA Lebens-Versicherungs AG Vaduz und ermächtigt sie, ihr diejenigen Auskünfte zu erteilen und ihr Einsicht in die Akten zu gewähren, die sie für die Prüfung des Dossiers, im Speziellen zur Abklärung des Anspruchs auf Versicherungsleistungen, benötigt.

Ich ermächtige zudem die FORTUNA Lebens-Versicherungs AG Vaduz 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

Referenznummer: \_\_\_\_\_

Abteilung: LP-NBC-C

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.

**FORTUNA Lebens-Versicherungs AG Vaduz 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.**

## VOLLMACHT ZUR AKTENEINSICHT

### Versicherte Person

Name und Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ und Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum oder AHV-Nummer \_\_\_\_\_

Zur Abklärung, ob eine Berechtigung zum Leistungsbezug für Prämienbefreiung und/oder Erwerbsunfähigkeitsrente aus einer Einzellebensversicherung vorliegt, ermächtigt die unterzeichnende Person hiermit

die FORTUNA Lebens-Versicherungs AG Vaduz, Städtle 35, LI-9490 Vaduz

bei der \_\_\_\_\_  
(zuständige IV Stelle angeben)

Einsicht in die Akten ihres Versicherungsfalles zu nehmen bzw. Auskünfte darüber einzuholen bezüglich

Erkrankung ab: \_\_\_\_\_  
(Datum angeben)

Unfall vom: \_\_\_\_\_  
(Datum angeben)

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift