

## Wichtige Informationen im Überblick Fixkosten-Versicherung

### Was müssen Sie tun um Schadenfalls-Ansprüche bei uns geltend zu machen?

- Schritt 1: Bitte füllen Sie **Abschnitt A** vollständig aus und unterschreiben Sie diesen.
- Schritt 2: Bitte lassen Sie Ihren behandelnden Arzt **Abschnitt B** vollständig ausfüllen.
- Schritt 3: Bitte fügen Sie die unten aufgeführten **Dokumente** bei.
- Schritt 4: Bitte **senden** Sie uns die vollständig ausgefüllten und unterschriebenen **Abschnitte A + B** sowie die erforderlichen Dokumente umgehend zu, ansonsten sind wir nicht in der Lage Ihren Schadensfall zu bearbeiten.

### Welche Dokumente / Unterlagen benötigen wir?

- Abschnitt A**
- Abschnitt B**
- Eine Kopie des **Unfallberichtes / Polizeiberichtes**, falls die Arbeitsunfähigkeit / Hospitalisierung durch einen Unfall verursacht wurde
- Falls ein andere Person Ihre Interessen vertritt, benötigen wir eine von Ihnen unterzeichnete **Vollmacht**

#### Für Unselbständig Erwerbende

- Eine Kopie Ihres **Arbeitsvertrags**, welcher zum Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses bestand

#### Für Selbständig Erwerbende

- Eine Kopie des **Handelsregisterauszugs** Ihres Unternehmens

**Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen helfen können!**

**Wenn Schadenanzeigen unvollständig eingehen oder Dokumente fehlen, verzögert sich die Bearbeitung. Fehlende Unterlagen / Informationen müssen von Ihnen erneut eingefordert werden, bevor der Schadenantrag weiter bearbeitet werden kann.**

## Ihre Fragen im Überblick

### Was geschieht nach dem Versand meiner Schadensanzeige und meinen Dokumenten?

Wir bearbeiten Ihre Unterlagen schnellstmöglich. Nach Eintreffen der Unterlagen erhalten Sie innerhalb von 1 – 2 Wochen unseren Bescheid oder einen Zwischenbescheid sollten weitere Unterlagen / Informationen von Ihnen benötigt werden.

### Auf welches Konto erfolgt die Auszahlung der Schadensleistung (sofern wir Ihren Schadensfall anerkennen)?

#### Fixkosten-Versicherung

Im Falle der Übernahme Ihrer Versicherungsdeckung, werden wir die Schadenszahlungen auf das von Ihnen in der Schadensanzeige angegebene Konto überweisen.

Ziehen wir Ihre monatlichen Versicherungsbeiträge per Lastschrift ein, werden wir die Schadenzahlung auf das uns bekannte Lastschriftkonto anweisen.

### In welchen Fällen kann ich keine Schadenszahlungen von der Versicherung erhalten?

Bitte lesen Sie hierzu sorgfältig die Versicherungsbedingungen durch. Dort sind die Ausschlussgründe ausführlich dargestellt.

### Wie lange werden Schadensleistungen von der Versicherung erbracht?

Für die **Arbeitsunfähigkeit** übernehmen wir pro Schadensfall max. 12 monatliche Raten. Basis für diese Leistung, die stets 30 Tage rückwirkend erfolgt, ist die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für den vergangenen Monat, die durch Ihren behandelnden Arzt oder Hausarzt erstellt wurde. Die Auszahlung des versicherten Beitrages erfolgt nach einer Wartefrist von 30 Tagen.

Für die **Hospitalisierung** (nur für selbständig Erwerbende) übernehmen wir pro Schadensfall 12 monatliche Zahlungen. Um eine Leistung zu erhalten, müssen Sie sich mindestens 7 aufeinander folgende Tage in stationärer Behandlung befinden. Danach erbringen wir die Versicherungsleistung jedoch rückwirkend zum 1. Tag der Hospitalisierung.

### Wann verfallen meine Ansprüche aus dieser Versicherung?

Ihre Ansprüche verfallen, wenn Sie uns Ihren Schadensfall nicht innerhalb von 2 Jahren ab dem Eintritt Ihrer Arbeitsunfähigkeit melden.  
(Schweizerisches Gesetz über den Versicherungsvertrag vom 02. April 1908, Fassung vom 27. Dezember 2005)

### Was passiert wenn ich erst arbeitsunfähig und danach arbeitslos werde?

Nach der Reihenfolge des Schadensfallseintritts werden wir Ihnen zunächst eine Schadensanzeige Arbeitsunfähigkeit zusenden und in diesem Fall Ihre Unterlagen prüfen. Sollte während der Arbeitsunfähigkeit die Arbeitslosigkeit ( nur für unselbständig Erwerbende) eintreten, werden wir Ihnen umgehend eine Schadensanzeige Arbeitslosigkeit zusenden und erneut Ihre eingereichten Unterlagen prüfen.

## Abschnitt A

### Schadensanzeige Arbeitsunfähigkeit / Hospitalisierung Fixkosten-Versicherung

Bitte leserlich von der versicherten Person auszufüllen.

#### 1. Persönliche Daten

Frau     Herr

Vorname  Geb.-Datum

Name  Beruf

Strasse  Telefon/privat

PLZ/Ort       Natel

eMail Adresse

Ja, ich möchte gern über den Eingang meiner Unterlagen per eMail informiert werden.

Ja, ich möchte gern über den Eingang meiner Unterlagen per SMS informiert werden.

#### 2. Angaben zu Ihrem Versicherungsvertrag

Policen-Nummer Ihrer Fixkosten-Versicherung

Versicherungsbeginn laut Police

#### 3. Auszahlung der Versicherungsleistung

**Ziehen wir Ihre Versicherungsprämien per Lastschriftverfahren ein, werden wir im Fall der Schadenfallanerkennung die Schadenzahlungen auf das uns bekannte Lastschriftkonto vornehmen.**

Werden Ihre Versicherungsprämien **per Einzahlungsschein** von Ihnen gezahlt, geben Sie uns bitte an, auf welches Konto die Schadenzahlungen erfolgen sollen.

Konto-inhaber

Konto-Nr.

Clearing-Nr.

Name der Bank

PLZ/Ort

#### 4. Angaben zu Ihrer Arbeitsunfähigkeit

1a. Welches Leiden möchten Sie bei uns anzeigen?

b. Seit wann besteht dieses Leiden?

2a. Welcher Arzt hat diese Gesundheitsstörung **zum ersten Mal** festgestellt?

Name

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

b. Wann?

3. Wer ist Ihr **derzeit behandelnder** Arzt?

Name

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

**Abschnitt A - Fortsetzung**  
**Schadensanzeige Arbeitsunfähigkeit / Hospitalisierung**  
**Fixkosten-Versicherung**  
**Bitte leserlich von der versicherten Person auszufüllen.**

4a. Welche **anderen Ärzte** wurden wegen dem unter 1a. genannten Leiden in Anspruch genommen?

Name

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

b. In welchem Zeitraum?

Von

Bis

5a. Wer ist Ihr **Hausarzt**?

Name

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

b. Seit wann sind Sie bei Ihrem Hausarzt in Behandlung?

Datum

**5. Bei Unfällen bitte zusätzlich ausfüllen**

1. Wann hat sich der Unfall ereignet?

2. Handelt es sich um einen Unfall, der durch eine Polizeibehörde aufgenommen wurde?  Ja  **Bitte reichen Sie uns den Polizeibericht umgehend ein!**  
 Nein

3a. Wurde bei Ihnen eine Alkoholuntersuchung veranlasst?  Ja  Nein

b. Wenn ja, was war das Ergebnis der Blutprobe?

4. Unfallschilderung (bitte nicht nur auf polizeiliches Protokoll verweisen, ggf. auf separatem Blatt fortsetzen)

**6. Schlusserklärungen**

**Erklärung**  
 Ich bin arbeitsunfähig geworden und beantrage die Versicherungsleistung gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Ich erkläre hiermit, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet und nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich sämtliche Leistungen zurückzahlen muss und meine Rechte gemäß den AVB verlieren werde, wenn ich bewusst falsche Angaben gemacht habe.

**Schweigepflichtsentbindung**  
 Ich ermächtige Genworth Financial („der Versicherer“) zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meinen Gesundheitszustand gemachten Angaben. Ebenso ermächtige ich alle meine Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen ich in Behandlung war oder sein werde, sowie Personenversicherer, Polizeidienststellen und Staatsanwaltschaften alle Auskünfte zu erteilen, die zur Bestimmung der Versicherungsleistungen notwendig sind.

**Genworth Financial**  
 Genworth Financial ist der Marketingname der Financial Insurance Company Limited, Chiswick Park, London, GB, Zweigniederlassung Zürich.

Ort, Datum **X** \_\_\_\_\_

Unterschrift der versicherten Person **X** \_\_\_\_\_

**1. Angaben über die versicherte Person**

Frau     Herr

Vorname

Name

Geb.-Datum

**2. Auskünfte über die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person**

1. Durch welches Leiden wird die Arbeitsunfähigkeit verursacht?  
**(genaue Diagnose)**

2a. Seit wann besteht das oben genannte Leiden?

b. Seit wann besteht die **100%-ige** Arbeitsunfähigkeit (falls zutreffend)?

3. Wann wurde die versicherte Person **erstmalig** über die Diagnose informiert?

4. Wann kann die Arbeit voraussichtlich wieder aufgenommen werden?

5a. Von welchen Ärzten wurde die versicherte Person wegen dieses Leidens **noch** behandelt?  
 Name   
 Strasse   
 PLZ/Ort

b. In welchem Zeitraum?  
 Von          
 Bis

6. Anamnese der Erkrankung

7a. Handelt es sich um einen Unfall?  
 Verkehrsunfall     Freizeitunfall  
 Arbeitsunfall

b. Wurde bei der versicherten Person eine Alkoholuntersuchung veranlasst?  
 ja     nein  
 Wenn ja, was war das Ergebnis der Blutuntersuchung?

8a. Wurden Röntgenaufnahmen oder eine Kernspintomographie veranlasst?  
 ja     nein

b. Wann?

9a. Ist die versicherte Person in psychiatrischer Behandlung?  
 ja     nein

b. Wenn ja, bei welchen Ärzten?  
 Name   
 Strasse   
 PLZ/Ort

**Abschnitt B - Fortsetzung**  
**Schadensanzeige Arbeitsunfähigkeit / Hospitalisierung**  
**Fixkosten-Versicherung**  
**Bitte leserlich vom Arzt ausfüllen lassen.**

**3. Weitere Auskünfte über die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person**

10a. Wurde die versicherte Person bereits **früher** wegen des aktuellen Leidens oder **ursächlich** damit **zusammenhängenden** Gesundheitsstörungen behandelt?  ja  nein

b. Wenn ja, wann?

11a. Ist die versicherte Person gesundheitlich in der Lage, eine andere berufliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung und ihres bisherigen Lebensstandards entspricht?  ja  nein

b. Wenn ja, ab wann?

12a. Ist die Arbeitsunfähigkeit auf selbst zugeführte Verletzungen oder auf Selbstmordversuch, normale Schwangerschaft, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch, psychische Probleme, Depressionen, Wirbelsäulenleiden, AIDS zurückzuführen?  ja  nein

b. Wenn ja, bitte genaue Angabe.

13a. Sind Ihnen andere Faktoren bekannt, die die Genesung beeinflussen könnten?  ja  nein

b. Wenn ja, welche?

**4. Bei Krankenhausaufenthalt (Hospitalisierung) bitte zusätzlich ausfüllen – Nur für selbständig Erwerbende!**

1. Wurde die versicherte Person aufgrund des genannten Leidens in ein Hospital eingewiesen?  ja  nein

2. In welches Hospital? Name   
 Strasse   
 PLZ/Ort

3. Wer war der behandelnde Arzt im Hospital? Name

4. Tag der Einweisung

5. Tag der Entlassung

Ort, Datum **X** \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes mit Praxisstempel **X** \_\_\_\_\_

Telefonnummer des Arztes **X** \_\_\_\_\_

**Wichtiger Hinweis**  
 Eventuell entstandene Kosten für das Ausfüllen dieses Schadensfallformulars sind von der versicherten Person zu tragen und direkt bei dieser einzufordern.