

Schadensanzeige Erwerbsunfähigkeit
Bitte leserlich von der versicherten Person auszufüllen.

Genworth Financial
Lifestyle Protection
Bändliweg 20
CH – 8064 Zürich
Schweiz
Fax: 0848 000 425

www.genworth.ch
service.schweiz@genworth.com

Legen Sie dieser Schadenanzeige bitte folgende Unterlagen bei:



- Das vorliegende **ausgefüllte und unterschriebene Formular**
- Kopie der **Verfügung der IV-Stelle** über die Invaldität
- Kopie des **Arztberichtes zur Entscheidung der IV-Stelle**
- Kopie des **Versicherungsvertrages**

Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen helfen können!

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

1. Persönliche Daten

Frau Herr

Vorname Geb.-Datum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Name Beruf

Strasse Telefon/privat

PLZ/Ort

--	--	--	--	--

 Natel

2. Angaben zu Ihrem Versicherungsvertrag

Kreditgebende Bank

Kontonummer / Vertragsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vertragsabschluss-Datum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

3. Auszahlung der Versicherungsleistung

Insofern wir Ihren Schadenfall anerkennen, erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen an Ihre o.g. Bank zur Abdeckung Ihrer Zahlungsverpflichtungen aus dem Kredit-bzw. Leasingvertrag.

4. Angaben zu Ihrer Erwerbsunfähigkeit

1a. Welches Leiden möchten Sie bei uns anzeigen?

b. Erster Tag der Erwerbsunfähigkeit?

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

c. Letzter Arbeitstag?

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

2a. Welcher Arzt hat Ihr unter Punkt 1a. angegebenes Leiden **zum ersten Mal** festgestellt?

Name

Strasse

PLZ/Ort

--	--	--	--	--

Telefon

b. In welchem Zeitraum?

Von

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Bis

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---



5. Weitere Angaben zu Ihrer Erwerbsunfähigkeit

- 3a. Welche **anderen Ärzte** wurden wegen dem unter 1a. genannten Leiden in Anspruch genommen?
- Name
- Strasse
- PLZ/Ort
- Telefon
- b. In welchem Zeitraum?
- Von
- Bis
- 4a. Wer ist Ihr Hausarzt?
- Name
- Strasse
- PLZ/Ort
- Telefon
- b. Seit wann sind Sie bei ihm in Behandlung?
- Datum

6. 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 Nein **➔ Bitte reichen Sie uns den Polizeibericht umgehend ein!**
- 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)
-

7. 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.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG)

Ich willige ein, dass die Daten, die zur Abwicklung dieser Schadenfallmeldung erforderlich sind, von der Financial Insurance Company Limited, London, und deren Schwestergesellschaften bzw. Niederlassungen in anderen Ländern der Europäischen Gemeinschaft sowie der Schweiz erhoben, verarbeitet, übertragen und gespeichert werden. Darüber hinaus willige ich ein, dass diese Daten einschließlich der hierzu geführten Korrespondenz bis hin zur abschliessenden Entscheidung über den Schadenfall an die bezugsberechtigte Bank weitergeleitet werden dürfen.

Schweigepflichtsentbindung

Ich ermächtige Genworth Financial 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



Unterschrift der versicherten Person

