

Formular zur Anzeige eines Versicherungsfalles

Arbeitsunfähigkeit



1- Angaben zur Versicherten Person

Versicherungsscheinnummer:

Vorname: Nachname:
Geburtsdatum:/...../..... Personalausweisnummer:
Anschrift:
Geburtsort: E-Mail:
Telefonnummer und Handynummer:

2- Angaben zum Antragsteller (nur falls abweichend von der Versicherten Person)

Vorname: Nachname:
Geburtsdatum:/...../..... Personalausweisnummer:
Anschrift:
Geburtsort: E-Mail:
Telefonnummer und Handynummer:

3- Angaben zum Versicherungsfall

Ist dies das erste Mal, dass Sie einen Versicherungsfall bei CIGNA melden? Ja Nein
Falls nein, geben Sie bitte Datum, Grund und Schadensnummer an:
.....
Werden Sie diesen Versicherungsfall einer anderen Versicherung melden? Ja Nein
Falls ja, geben Sie bitte den Namen der Versicherung, Versicherungs- und Schadensnummer an:
.....

4- Angaben zu Ihrer beruflichen Tätigkeit

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus?.....
Sind Sie in einem angestellten Verhältnis oder selbstständig tätig?
Geben Sie bitte den Firmennamen Ihres Arbeitgebers sowie eine Kontaktperson mit Telefonnummer an:
.....
Anschrift Ihres Arbeitgebers:
.....
Wann war Ihr letzter Arbeitstag ?/...../.....
Was sind Ihre Aufgabengebiete?
.....
Steht Ihre Krankheit in Zusammenhang mit Ihren Aufgabengebieten? Ja Nein

5- Angaben zu Ihrer Arbeitsunfähigkeit

Grund der Arbeitsunfähigkeit: Krankheit Unfall
Bei Unfall, geben Sie bitte den detaillierten Hergang des Unfalls an:
.....

Bei einer Krankheit, geben Sie bitte die Hauptdiagnose und Einzelheiten zum Krankheitsverlauf an:

.....

Haben Sie andere Beschwerden, die, mit Ihrer Erkrankung in Verbindung stehen könnten?

.....

Wann traten die ersten Symptome auf?/...../.....

Haben Sie auf Grund Ihrer Erkrankung Genesungszeit/Rekonvaleszenz in Anspruch genommen? Ja Nein

Falls ja, geben Sie bitte den Zeitraum an: von/...../..... bis/...../.....

Bitte nennen Sie uns alle Ärzte, die Sie auf Grund Ihrer Erkrankung behandelt haben:

.....

Angaben zu Ihrer Hausärztin / Ihrem Hausarzt: Name, Anschrift, Telefon- und Faxnummer:

.....

6- Angaben zum Unfall (Bitte nur im Falle eines Unfalls ausfüllen)

Wann ereignete sich der Unfall?/...../..... um - : Uhr

Wie ereignete sich der Unfall? Beantworten Sie bitte diese Frage ausführlich:

.....

Welche Verletzungen haben Sie erlitten?

.....

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? Falls ja, fügen Sie bitte den polizeilichen Unfallbericht oder eine beglaubigte Kopie bei.

Wurde ein Ermittlungsverfahren eingeleitet? Falls ja, geben Sie bitte Staatsanwaltschaft / Bußgeldbehörde/ Aktenzeichen an:

.....

.....

7- Angaben zur Physiotherapie (Nur auszufüllen falls Ihre Police Physiotherapie abdeckt)

Wurde Ihnen im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung Physiotherapie verschrieben? Ja Nein

Falls ja, geben Sie bitte Einzelheiten an:

.....

Dauer der Physiotherapie: Tage

Haben Sie die Behandlung beendet? Ja Nein

Falls nein, wann werden Sie die Behandlung voraussichtlich beenden?

.....

8- Erklärung der Hausärztin/des Hausarztes, bzw. der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes – Die durch den Arzt

möglicherweise geltend gemachten Kosten für die Abgabe dieser Erklärung trägt die versicherte Person!

Sind Sie der Hausarzt? Ja Nein

Falls ja, seit wann?/...../.....

Falls nicht, bitte nennen Sie uns Name und Adresse des Hausarztes Ihres Patienten/Ihrer Patientin:

.....

Bitte nennen Sie die exakte Diagnose der Erkrankung, welche die Arbeitsunfähigkeit Ihrer Patientin/Ihres Patienten hervorruft:

.....

Wann traten die ersten Symptome auf?/...../.....

Wann wurde Ihre Patientin/Ihr Patient aufgrund dieser Symptome das erste Mal beraten bzw. behandelt?/...../.....

Gab es anamnestisch ähnliche Erkrankungen? Ja Nein

Falls ja, seit wann?/...../.....

Geben Sie bitte Einzelheiten an:

Bitte geben Sie Einzelheiten zur Krankheit und zum Krankheitsverlauf an:

Gibt es Umstände, die die Genesung erschweren könnten?

Im Falle einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, wann wird die Patientin/der Patient wieder arbeitsfähig sein?

Name, Adresse, Telefon- und Faxnummer, Unterschrift, Datum, Facharztqualifikation, Stempel

9- Bestätigung des Krankenhausaufenthaltes (auszufüllen vom Krankenhaus). Dieser Abschnitt muss nicht ausgefüllt werden, wenn Sie nicht stationär in einem Krankenhaus behandelt wurden.

Name, Anschrift und Telefonnummer des Krankenhauses:

Angaben zur behandelnden Abteilung/Station:

Name der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes:

Wann wurde die Patientin/der Patient eingewiesen:/...../.....

Wann wurde die Patientin/der Patient entlassen bzw. wird die Patientin/der Patient voraussichtlich entlassen:

...../...../.....

Unterschrift, Datum, Stempel

10- Bankangaben

Name des Kontoinhabers:

Name der Bank:

Kontonummer:

Bankleitzahl:

SWIFT /BIC Code:.....

IBAN-Nummer.....

11- Checkliste

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei:

- Kopie des Personalausweises oder Reisepasses des Antragstellers;
- Medizinische Unterlagen zu Ihrem gegenwärtigen Gesundheitszustand (falls vorhanden);
- Medizinische Unterlagen bezüglich Ihres Krankenhausaufenthaltes (Krankengeschichte, Entlassungsbericht, etc.);
- Im Falle eines Unfalles, polizeilicher Unfallbericht bzw. Angabe des polizeilichen Aktenzeichens und der zuständigen Polizeibehörde;
- Weitere Dokumente, insbesondere anwaltliche Unterlagen, welche für die Bearbeitung Ihres Schadenfalles für CIGNA von Bedeutung sein könnten (falls vorhanden).

Im Falle einer dauernden Erwerbsunfähigkeit:

- Ärztliche Bescheinigung ausgestellt von der Sozialversicherung, welche die Art und den Grad der dauernden Erwerbsunfähigkeit exakt bestimmt.

Bitte senden Sie dieses Formular an:

CIGNA Life Insurance Company S.A.-N.V.
Versichertenbetreuung
Friedrich-Ebert-Anlage 36
60325 Frankfurt am Main

12- Datenschutzerklärung

Die personenbezogenen Daten welche die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer, die Versicherten und die Bezugsberechtigten dem Versicherer zur Verfügung stellen („personenbezogene Daten“), werden in der Datenbank, die sich im Besitz und unter der Kontrolle der CIGNA LIFE INSURANCE COMPANY OF EUROPE S.A.-N.V. befindet, gespeichert und verwaltet. Dies geschieht zur vollständigen Verwaltung der Versicherungspolice, zur Prävention und Untersuchung von Versicherungsbetrug, zur Markt- und Meinungsforschung oder um Versicherungen sowie andere Dienstleistungen bezüglich der Gesundheitsvorsorge oder der Absicherung oder Verbesserung Ihres Lebensstandards durch den Versicherer oder andere Unternehmen innerhalb der Unternehmensgruppe anzubieten.

Die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer, die Versicherten und falls gegeben die Bezugsberechtigten sind hiermit ordnungsgemäß unterrichtet und willigen ein, dass CIGNA Ihre personenbezogenen Daten an weitere Beteiligte, welche im Bereich dieses Versicherungsunternehmens arbeiten, zuweisen und übermitteln kann. Dies schließt Rück- und Mitversicherer sowie andere Gesellschaften, welche mit dem Einzug der Prämie (wie oben beschrieben) beauftragt sind, ein. Es kann sein, dass einige dieser Gesellschaften ihren Sitz in einem Land wie den Vereinigten Staaten von Amerika haben, in welchen der Schutz von personenbezogenen Daten nicht gleichbedeutend ist. Falls beantragt wird CIGNA allen oben genannten Betroffenen eine aktualisierte Liste aller Gesellschaften, welche Zugang zu diesen personenbezogenen Daten haben, verfügbar machen. CIGNA, sowie alle vorher erwähnten Gesellschaften und andere Unternehmen der Unternehmensgruppe, sind dazu berechtigt Ihre personenbezogenen Daten innerhalb der ersten sechs Monate nach dem Erlöschen des Versicherungsverhältnisses für folgende Zwecke zu nutzen: Analyse des Kündigungsgrundes, Anbieten alternativer Produkte sowie alle Prozesse, welche zur möglichen Vertragsschließung dieser neuen Produkte führen können. Falls Sie der Nutzung Ihrer Daten nach Ende des Vertragsverhältnisses für diese Zwecke nicht einwilligen, kontaktieren Sie uns bitte mit Nachweis Ihrer Identität (zum Beispiel schriftlich mit einer Fotokopie Ihres gültigen Reisepasses oder Personalausweises).

Die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer, sowie die Versicherten und falls gegeben die Bezugsberechtigten, können zu jeder Zeit ihr Recht geltend machen, um Zugang, Berichtigung, Löschung und Sperrung zu fordern. Diese Rechte, welche durch das Bundesdatenschutzgesetz gesichert sind, können geltend gemacht werden, indem Sie uns unter der unten angegebenen Adresse kontaktieren und Ihre Identität nachweisen (zum Beispiel schriftlich mit einer Fotokopie Ihres gültigen Reisepasses oder Personalausweises)

CIGNA Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V.
Friedrich-Ebert-Anlage 36
60325 Frankfurt am Main
Tel: 0800 21 41 600
Fax: 0800 21 41 601
Email: kundenservice@cigna.com

Falls personenbezogene Daten auf dem Versicherungsschein erscheinen, welche sich auf andere als die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer beziehen, ist die letztgenannte Person dafür verantwortlich, die anderen Personen davon zu unterrichten, dass die auf sie bezogenen Daten in der obengenannten Datenbank beinhaltet sind, sowie diese über alle Regelungen und Inhalte dieser Datenschutzerklärung zu informieren.

13- Erklärung des Anspruchstellers

Der Unterzeichnende erklärt, dass die Angaben in diesem Dokument vollständig, wahr und korrekt sind. Der Unterzeichnende nimmt zur Kenntnis, dass er seine Ansprüche unter dieser Versicherung verlieren kann oder dass die zu bezahlenden Leistungen entsprechend der Schwere des Verschuldens gekürzt werden können, wenn sich herausstellt, dass der Unterzeichnende seinen Anzeige- und Informationspflichten gegenüber CIGNA nicht oder nicht vollständig nachgekommen ist.

Der Unterzeichnende ermächtigt CIGNA International und alle Unternehmen und Organisationen die CIGNA bei der Verwaltung der Versicherungspolices vertreten, zur Ermittlung und zur Benutzung sämtlicher notwendiger Informationen aus jeglichen Quellen, die in Verbindung mit dieser Versicherung stehen können, insbesondere von Unternehmen bei denen der Unterzeichnende in der Vergangenheit beschäftigt war.

Der Unterzeichnende ermächtigt CIGNA ausdrücklich zur Erlangung und Benutzung von Gesundheitsinformationen, die notwendig für die Prüfung eines Versicherungsfalles unter dieser Versicherungspolice sind. Das gilt besonders für die Erlangung und Benutzung von Informationen über Krankheiten oder Behandlungen von Ärzten bei denen der Unterzeichnende in Behandlung war oder ist.

Der Unterzeichnende erklärt sich hiermit einverstanden, dass Kopien dieser Erklärung die gleiche Gültigkeit besitzen wie das Original.

Unterschrift:

Datum:

VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE!