

# TEAM<sup>®</sup> Team Existenz Absicherungs Modell

## Antrag auf Invaliditätsleistungen

### Von der versicherten Person und dem Arzt auszufüllen

#### Ausfüllen des Formulars

Bitte schreiben Sie deutlich in **GROSSBUCHSTABEN**. Alle Fragen müssen wahrheitsgemäß beantwortet werden.

Fehlerhafte oder fehlende Informationen führen zu Verzögerungen in der Verarbeitung.

Sollten Sie mit der Art und Weise, wie wir Ihren Anspruch behandeln, nicht zufrieden sein, nutzen Sie bitte unser Beschwerdeverfahren.

#### Einreichen des Dokuments

Bitte lesen Sie die Anweisungen sorgfältig durch.

1 Nachdem Sie das Formular vollständig ausgefüllt haben, drucken Sie es bitte aus, datieren und unterzeichnen Sie das Dokument.

2 Bitte scannen Sie das datierte und unterzeichnete Formular und senden Sie es zusammen mit den notwendigen Unterlagen an **claims.zel@zurich.com**.

3 Bitte bewahren Sie die Originale der Dokumente auf. Zurich behält sich das Recht vor, Originale innerhalb von 12 Monaten zu verlangen.

4 Falls Sie die Originale einsenden möchten, haben Sie die Möglichkeit, uns diese per Post an folgende Adresse zu senden:  
Zurich Eurolife S.A., Building Elise, 21 rue Léon Laval, L-3372 Leudelange, Luxembourg.

Sollte der Platz für Ihre Angaben nicht ausreichen, reichen Sie diese bitte auf einem Zusatzblatt ein. Bitte kreuzen Sie an, wenn Sie weitere Erklärungen auf einem Zusatzblatt vorgenommen haben und fügen Sie dieses diesem Fragebogen bei.

#### Angaben zum Versicherungsnehmer

Wir halten bei der Kommunikation mit unseren Kunden strenge Vertraulichkeitsregeln ein. Aus Gründen der Sicherheit betrachten wir Ihre Angaben als von Ihnen autorisierte Kontaktinformationen. Es ist daher wichtig, dass diese richtig sind und dass Sie uns über etwaige Veränderungen in Kenntnis setzen.

Versicherungsnehmer

Versicherungsnummer

## 1. Angaben zur versicherten Person

Wir halten bei der Kommunikation mit unseren Kunden strenge Vertraulichkeitsregeln ein. Aus Gründen der Sicherheit betrachten wir Ihre Angaben als von Ihnen autorisierte Kontaktinformationen. Es ist daher wichtig, dass diese richtig sind und dass Sie uns über etwaige Veränderungen in Kenntnis setzen.

Anrede/Titel  Herr  Frau  Divers  Dr.  Weitere (bitte angeben)

Vorname(n)

Nachname

Geburtsname (falls anderslautend)

Geburtsdatum

Berufseintritt beim aktuellen Arbeitgeber

### Kontaktinformationen der versicherten Person

Diese Angaben benötigen wir zwingend, um Ihren Antrag bearbeiten zu können.

Anschrift

Mobiltelefonnummer

Private Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Mit der Bereitstellung dieser Angaben autorisiere ich Zurich Eurolife S.A., mich zu kontaktieren und Informationen und Daten per E-Mail an mich zu senden. Wenn Sie keine vertraulichen medizinischen Daten per E-Mail erhalten möchten, bitte hier ankreuzen.

## 2. Darstellung der Situation seitens des Antragstellers /der Antragstellerin

### 1. Welchen Schulabschluss haben Sie und welche beruflichen Tätigkeiten haben Sie ausgeübt? (Nennen Sie insbesondere auch den zuletzt ausgeübten Beruf)

Zeitraum

Schulabschluss / berufliche Erfahrungen

<hr/>	<hr/>

### 2. Welche Aufgaben hatten Sie bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit? (Bitte geben Sie die aufgewendete Zeit für jede einzelne Aufgabe in % an)

%

Aufgabe

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

### 3. Welcher behandelnde Arzt ist mit Ihrer gegenwärtigen gesundheitlichen Einschränkung am besten vertraut?

Name des Arztes

Adresse

---

**4. Bitte beschreiben Sie Ihre gegenwärtige gesundheitliche Einschränkung.**  
(Falls die Ursache ein Unfall ist, geben Sie bitte auch den genauen Unfallhergang und das Datum des Unfalls an)

Einschränkung \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum des Unfalls \_\_\_\_\_

Unfallhergang \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Üben Sie Ihren Beruf aktuell ganz oder teilweise aus?**  Ja, zu \_\_\_\_ %  Nein

Falls ja, geben Sie bitte an, welche Aufgaben Sie ausüben sowie die aufgewendete Zeit für jede einzelne Aufgabe in %.

Aufgabe	% der aufgewendeten Zeit
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**6. Üben Sie seit Eintritt der erstmaligen Arbeitsunfähigkeit einen anderen Beruf aus?**  Ja  Nein

Beruf \_\_\_\_\_

**7. Datum des ersten Arztbesuchs bezüglich der gegenwärtigen gesundheitlichen Einschränkung** \_\_\_\_\_

**8. Seit wann sind Sie arbeitsunfähig?**

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ oder bis auf weiteres

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ oder bis auf weiteres

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ oder bis auf weiteres

**9. Wann können Sie voraussichtlich wieder eine berufliche Tätigkeit aufnehmen?**

Vollzeit ab \_\_\_\_\_

Teilzeit in \_\_\_\_ % ab \_\_\_\_\_

**10. Haben Sie weitere Ärzte/Krankenhäuser/Kliniken konsultiert?**  Ja  Nein

Falls ja, bitte Details angeben.

**11. Beziehen Sie Leistungen für eine Invaliditätsabsicherung aus der gesetzlichen Renten- oder Krankenversicherung, diesen gleichgestellten oder gesetzlich vorgeschriebenen Versorgungsträgern oder haben Sie eine solche beantragt?**  
(Keine Angabe erforderlich, wenn bei TEAM® eine einmalige Kapitalleistung im Falle der Invalidität vorgesehen ist)

Ja  Nein

Falls ja, bitte Details angeben.

Leistungsart	Betrag in EUR	Name des Versorgungsträgers	Beginn der Leistung	Ende der Leistung
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Falls Sie die Frage mit Ja beantwortet haben, bitten wir Sie, die entsprechenden Belege beizufügen.

## 12. Erhalten Sie Einkünfte aus einer Beschäftigung?

(Keine Angabe erforderlich, wenn bei TEAM® eine einmalige Kapitalleistung im Falle der Invalidität vorgesehen ist)

Ja  Nein

Falls ja, bitte Details angeben.

Art und Umfang der Beschäftigung

Höhe der hierfür erhaltenen Einkünfte


Falls Sie die Frage mit Ja beantwortet haben, bitten wir Sie, die entsprechenden Belege beizufügen.

## 3. Datenschutz und Versicherungsgeheimnis

Die in diesem Dokument geforderten personenbezogenen Daten werden von Zurich Eurolife S.A. als Datenverantwortliche unter geltenden Datenschutzgesetzen gesammelt und verwendet. Die vollständigen rechtlichen Hinweise der Zurich Eurolife S.A. zu Datenschutz und Versicherungsgeheimnis finden Sie **hier** im Internet oder kontaktieren Sie uns, um eine Kopie davon zu erhalten.

## 4. Schlusserklärung

Ich erkläre, dass alle im Leistungsantrag gegebenen Antworten, ganz gleich ob in handschriftlicher Form oder nicht, nach bestem Wissen und Gewissen wahr und vollständig sind. Mir ist bewusst, dass durch das Verschweigen bedeutender Umstände künftige Ansprüche nichtig werden können, was den Verlust der Leistungen nach sich zieht. Hinweis: Bedeutende Umstände sind solche, die die Bewertung oder Annahme Ihres Leistungsantrags beeinflussen können. Sollten Sie Zweifel bezüglich der Relevanz einzelner Informationen hegen, machen Sie bitte Angaben dazu.

Der Versicherungsschutz unterliegt den zwischen Zurich Eurolife S.A. und dem Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt der Ausstellung vereinbarten Vertragsbedingungen. Er stellt keine rechtliche Grundlage dar für einen direkten Anspruch gegenüber Zurich Eurolife S.A. seitens der versicherten Person.

Ich verpflichte mich, Zurich Eurolife S.A. schriftlich über jede etwaige Veränderung meiner Umstände in Kenntnis zu setzen, einschließlich Änderung des Namens, der Anschrift, usw.

Ich stimme ausdrücklich der Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten durch Zurich Eurolife S.A. und ihre Empfänger und Unter-Empfänger, wie in der oben genannten Klausel zu Datenschutz und Versicherungsgeheimnis dargelegt, zu Zwecken der Prüfung des Lebensversicherungsschutzes (Underwriting) und der Bereitstellung von damit verbundenen Assistenzleistungen, Beratung und Unterstützung zu.

Diese Zustimmung kann jederzeit durch schriftliche Mitteilung an den Datenschutzbeauftragten der Zurich Eurolife S.A. widerrufen werden. Der Widerruf meiner Zustimmung hat keine Auswirkungen auf die Datenverarbeitung, die vor einem solchen Widerruf durchgeführt wurde. Ich bin darüber hinaus informiert, dass meine Gesundheitsdaten, soweit dies für die Etablierung, Ausübung oder Verteidigung eines Rechtsanspruchs erforderlich ist, von Zurich Eurolife S.A. und ihren Empfängern und Unter-Empfängern ohne meine Zustimmung verarbeitet werden können.

Mir ist bewusst, sollte ich mich weigern, die obige Zustimmung zu erteilen, dass die Bereitstellung des Lebensversicherungsschutzes und damit verbundener Assistenzleistungen, Beratung und Unterstützung verzögert oder abgelehnt werden können, falls die verbleibenden Informationsquellen es nicht ermöglichen, im Rahmen meiner Anfrage, die Leistungspflicht der Zurich Eurolife S.A. zu untersuchen und zu bewerten oder angemessene Assistenzleistungen, Beratung und Unterstützung zu erbringen.

Datum \_\_\_\_\_

**Unterschrift der versicherten Person**

## 5. Vertrauliches ärztliches Attest (vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Machen Sie bitte Angaben zu allen verfügbaren Diagnosen und Befunden (bitte auch Fremdbefunde wie Krankenhausberichte, Röntgenbilder oder Laborergebnisse usw. einbeziehen). Fügen Sie bitte Kopien der Befunde bei.

**1. Wann hat der Patient/die Patientin Sie erstmalig zu der gegenwärtigen gesundheitlichen Einschränkung konsultiert?**

\_\_\_\_\_

**2. Datum der letzten medizinischen Beratung bzw. Behandlung zu dieser gesundheitlichen Einschränkung**

\_\_\_\_\_

a) Geben Sie bitte die Größe und das Gewicht an

Größe in cm

Gewicht in KG

b) Geben Sie bitte den Blutdruck an

Systolisch

mmHg

Diastolisch

mmHg

**3. Machen Sie bitte vollständige Angaben zur aktuellen Diagnose nach ICD-10 oder DSM-V**

ICD-10

DSM-V

**4. Machen Sie bitte vollständige Angaben zur gegenwärtigen gesundheitlichen Einschränkung, an der der Patient/die Patientin zurzeit leidet (fügen Sie bitte unterstützende Befunde, Röntgenbilder usw. bei).**

\_\_\_\_\_

**5. a) Machen Sie bitte Angaben zu früheren und aktuellen medizinischen Behandlungen, die in Verbindung mit dieser gesundheitlichen Einschränkung durch Sie, einen anderen Facharzt oder andere Angehörige eines Heilberufes erfolgt sind (z. B. Untersuchungen, chirurgische Eingriffe, andere verschriebene Behandlungsmethoden einschließlich Physiotherapie).**

Datum der Behandlung

Art der Behandlung

Befund

Name des behandelnden Arztes/  
Therapeuten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**b) Vollständige Angaben zu allen Medikamenten, die dem Patienten/der Patientin verschrieben wurden, einschließlich Dosierung**

Bezeichnung und Dosierung des Medikamentes

\_\_\_\_\_

**c) Wird die Behandlung des Patienten/der Patientin in naher Zukunft voraussichtlich verändert oder wurden weitere Behandlungen empfohlen bzw. geplant?**

Ja  Nein

Falls ja, bitte Details angeben.

**6. In welchem Zeitraum war Ihr Patient / Ihre Patientin wegen der gegenwärtigen gesundheitlichen Einschränkung arbeitsunfähig?**

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ oder bis auf weiteres

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ oder bis auf weiteres

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ oder bis auf weiteres

**7. a) Ist Ihnen etwas aus der Krankengeschichte des Patienten/der Patientin bekannt, das mit der gegenwärtigen gesundheitlichen Einschränkung in Zusammenhang stehen könnte**

Ja  Nein

Falls „Ja“, bitte Details angeben.

---

**b) Sind Ihnen Einflüsse bekannt, die den Heilungsprozess stören könnten?**  Ja  Nein

Falls „Ja“, bitte Details angeben.

---

**8. Wie hoch ist der aktuelle Grad der Arbeitsfähigkeit des Patienten / der Patientin?**

a) in Bezug auf seinen/ihren eigenen Beruf

Arbeitsfähigkeit in % \_\_\_\_\_

Bitte begründen Sie Ihre Angabe (z. B. Art der möglichen Tätigkeiten oder, inwiefern Ihr Patient / Ihre Patientin in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist).

---

b) in Bezug auf seinen/ihren eigenen oder einen ähnlichen Beruf

Arbeitsfähigkeit in % \_\_\_\_\_

Bitte begründen Sie Ihre Angabe (z. B. Art der möglichen Tätigkeiten oder, inwiefern Ihr Patient / Ihre Patientin in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist).

---

c) in Bezug darauf, irgendeine andere gewinnbringende Tätigkeit auszuüben

Arbeitsfähigkeit in % \_\_\_\_\_

Bitte begründen Sie Ihre Angabe (z. B. Art der möglichen Tätigkeiten oder, inwiefern Ihr Patient / Ihre Patientin in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist).

---

**9. Bitte beschreiben Sie die Art der gegenwärtigen gesundheitlichen Einschränkungen**

beim Stehen

---

beim Sitzen

---

beim Gehen

---

beim Fahren

---

beim Hochheben

---

beim Klettern

---

beim Beugen

---

beim Benutzen der Arme/Hände

---

in Bezug auf die Psyche

---

Bestehende Abhängigkeit von einer dritten Person im Alltag

---

Andere Einschränkungen in der Bewegung oder bei den Lebensgewohnheiten

---

## 10. Wie lautet Ihre Prognose für den Patienten / die Patientin?

a) in Bezug auf seinen/ihren eigenen Beruf

Arbeitsfähigkeit in \_\_\_\_\_ % ab \_\_\_\_\_

Bitte begründen Sie Ihre Angabe (z. B. Art der möglichen Tätigkeiten oder, inwiefern Ihr Patient / Ihre Patientin in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist).

---

b) in Bezug auf seinen/ihren eigenen oder einen ähnlichen Beruf

Arbeitsfähigkeit in \_\_\_\_\_ % ab \_\_\_\_\_

Bitte begründen Sie Ihre Angabe (z. B. Art der möglichen Tätigkeiten oder, inwiefern Ihr Patient / Ihre Patientin in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist).

---

c) in Bezug darauf, irgendeine andere gewinnbringende Tätigkeit auszuüben

Arbeitsfähigkeit in \_\_\_\_\_ % ab \_\_\_\_\_

Bitte begründen Sie Ihre Angabe (z. B. Art der möglichen Tätigkeiten oder, inwiefern Ihr Patient / Ihre Patientin in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist).

## 6. Deklaration des Arztes

### Datenschutz und Versicherungsgeheimnis

Die in diesem Dokument geforderten personenbezogenen Daten werden von Zurich Eurolife S.A. als Datenverantwortliche unter geltenden Datenschutzgesetzen gesammelt und verwendet. Die vollständigen rechtlichen Hinweise der Zurich Eurolife S.A. zu Datenschutz und Versicherungsgeheimnis finden Sie **hier** im Internet oder kontaktieren Sie uns, um eine Kopie davon zu erhalten.

Hiermit bestätige ich, dass ich den Antragsteller/die Antragstellerin befragt und untersucht sowie die obigen Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe.

### Unterschrift des Arztes

---

Datum

---

Name (vollständig)

---

Fachgebiet des Arztes

---

Adresse

---

Telefonnummer des Arztes

---

E-Mailadresse des Arztes

---

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes

Zurich Eurolife S. A. ist eine Lebensversicherungsgesellschaft, die nach luxemburgischem Recht gegründet wurde und im Handels- und Firmenregister von Luxemburg unter der Nr. B51753 eingetragen ist.

Sitz: Building Elise, 21, rue Léon Laval, L-3372 Leudelange, Luxemburg.  
Telefon +352 26 642 1 Fax +352 26 642 650 E-Mail lux.info@zurich.com  
Webseite [www.zurich.lu](http://www.zurich.lu).

USt-IdNr. LU 1660 2944.

Zurich Eurolife S. A. unterliegt dem Recht von Luxemburg und wird von der zuständigen Versicherungsaufsichtsbehörde von Luxemburg, dem Commissariat aux Assurances (11, rue Robert Stumper, L-2557 Luxembourg, Luxembourg) beaufsichtigt.

ZELB1700 (06/23)

