



Leistungsfallmeldung

Rücksendung per Fax oder eingescannt per Email an: **leistung@lla-group.com** oder Fax **+423 265 34 41**

Versicherungs-Nr. (bitte stets angeben):

FV-

Bitte verwenden Sie zur Erstmeldung etwaiger Leistungsfälle dieses Formular. Sie erleichtern uns damit die interne Zuordnung und können zu einer raschen Einleitung der notwendigen Leistungsprüfung beitragen.

Angaben zur versicherten Person (=VP)

Frau Herr Name, Vorname, Geburtsname

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort, Land

Telefon

E-mail

Aus welchem Absicherungsbereich werden Leistungen beantragt? Bitte ankreuzen:

Den vollständigen Versicherungsumfang entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein.

Todesfall

Unfallbedingte Invalidität

Verlust einer Grundfähigkeit

Schwere Krankheit (Dread Disease) oder Operation

Arbeitslosigkeit

Pflegebedürftigkeit

Berufsunfähigkeit

Folgende Unterlagen werden von uns im Regelfall immer benötigt und sind von Ihnen zeitgleich mit dieser Leistungsfallmeldung einzureichen. (Die gesonderten Formulare stehen Ihnen im Downloadportal des Liechtenstein Life Kundenclubs sowie im Formularcenter unserer Homepage unter <http://www.liechtensteinlife.net> zur Verfügung und können auch gerne über Ihren persönlichen Berater angefordert werden)

Im Todesfall der versicherten Person:

- Originalversicherungspolice
- Originalsterbeurkunde bzw. amtlich beglaubigte Abschrift
- Kopie des Reisepasses oder Personalausweises der bezugsberechtigten Person und des Kontoinhabers
- Bankverbindung mit Angabe des Kontoinhabers
- Gesondertes Formular - Ärztlicher Todesfallbericht
- Gesondertes Formular - Schweigepflichtentbindungserklärung
- Nur bei Unfalltod: Sämtliche Nachweise zum Unfallhergang und zu den Unfallfolgen

Im Fall der unfallbedingten Invalidität der versicherten Person:

- Sämtliche ärztliche Nachweise bzw. Befundberichte ab Unfalldatum
- Gesondertes Formular - Unfallfragebogen
- Gesondertes Formular - Schweigepflichtentbindungserklärung

Bei Verlust einer Grundfähigkeit bzw. im Fall einer schweren Krankheit (Dread Disease) oder Operation der versicherten Person:

- Sämtliche ärztliche Nachweise bzw. Befundberichte ab Erstdiagnosestellung
- Gesondertes Formular - Schweigepflichtentbindungserklärung

Im Fall der Arbeitslosigkeit der versicherten Person bei einer Angestelltentätigkeit:

- Kopie der Arbeitsbescheinigung, die der letzte Arbeitgeber für die Agentur für Arbeit ausgefüllt hat (diese Bescheinigung erhalten Sie bei der Agentur für Arbeit)
- Kopie des Arbeitsvertrages
- Kopie der Kündigung der letzten Arbeitsstelle
- Kopie des Bewilligungsbescheides der Agentur für Arbeit



Im Fall der Arbeitslosigkeit der versicherten Person bei einer selbständigen Tätigkeit:

- Kopie der Gewerbean- und -abmeldung
- Kopie des Antrages auf Leistung von Arbeitslosengeld bzw. des Ablehnungsbescheides der Agentur für Arbeit
- Bescheinigung der Agentur für Arbeit, aus welcher sich ergibt, seit wann die versicherte Person bei der Agentur für Arbeit ununterbrochen als arbeitslos und als Arbeitssuchender gemeldet ist
- Nachweis der wirtschaftlichen Gründe, die zur Aufgabe der selbständigen Tätigkeit geführt haben

Im Fall der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person:

- Sämtliche ärztliche Nachweise bzw. Befundberichte ab Erstdiagnosestellung
- Nachweis über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit in mind. Pflegestufe I gem. SGB XI (Stand Januar 2013)
- Gesondertes Formular - Schweigepflichtentbindungserklärung

Im Fall der Berufsunfähigkeit der versicherten Person:

- Umfangreiche und aussagekräftige ärztliche Befundberichte die Sie behandeln oder behandelt haben
- Vollständige Kopien des gegebenenfalls ergangenen Versorgungsamtsbescheides, des Schwerbehindertenausweises, des Bescheides der gesetzlichen Sozialversicherungsträger (Renten- bzw. Pensionsversicherung), einen aktuellen Lohnausweis, der Einkommensteuerbescheide der letzten 3 Jahre, Ihrer Ausbildungsnachweise, des letzten Anstellungsvertrages sowie einer etwaigen Kündigung
- Detaillierte Tätigkeitsbeschreibung anhand eines durchschnittlichen Arbeitstages mit Angabe aller anfallenden Teiltätigkeiten sowie deren jeweiligen Zeitumfängen sowie die sich hieraus gesundheitsbedingt ergebenden Veränderungen
- Gesondertes Formular - Fragebogen zur Klärung des Anspruches auf Leistung wegen Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit
- Gesondertes Formular - Ärztlicher Bericht zum Antrag auf Leistungen aus der Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeitsversicherung

Im Rahmen der Leistungsregulierung kann es für uns erforderlich werden weitere Informationen einzuholen. Wir werden Sie in diesem Fall zeitnah kontaktieren.

Möchten Sie uns zusätzlich noch etwas mitteilen?

Versicherungsnehmer

Versicherte Person

Bezugsberechtigter

Sonstiger: (Name, Anschrift)

Ort, Datum

Unterschrift