



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

Meldung einer Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit

Versicherungs-Nr. : _____

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

Angaben zur versicherten Person

Frau Herr

Name, Vorname, Geburtsname

Geburtsdatum

Strasse, Hausnummer

Email

Telefon

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)

- Umfangreiche und aussagekräftige ärztliche Befundberichte die Sie behandeln oder behandelt haben
- Vollständige Kopien des gegebenenfalls ergangenen Versorgungsamtsbescheides, des Invaliden- bzw. Schwerbehindertenausweises, des Bescheides der gesetzlichen Sozialversicherungsträger (Renten- bzw. Pensionsversicherung, IV, SUVA), 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 - Schweigepflichtentbindungserklärung
- 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

Den vollständigen Versicherungsumfang entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein. 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?

Wer meldet den Leistungsfall?

Versicherungsnehmer

Versicherte Person

Sonstiger (Name, Anschrift)

Ort, Datum

Unterschrift