



SwissLife

An die

S.L.P. Vertriebsservice AG

- Abt. Schaden -

Erfenschlager Str. 19

09125 Chemnitz

---

 Versicherungsscheinnummer
 

---



---

 Vermittler / Vermittlernummer
 

---

## 1. Versicherungsnehmer

Name: \_\_\_\_\_ Telefon privat: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ Telefon dienstl.: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## 2. Angaben zur verletzten Person

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_  
 Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## 3. Schweigepflichts-Entbindung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von Ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Diese Schweigepflichts-Entbindung gilt auch für Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern -; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene unter Ziffer 2. genannte Person ab, die/der Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

## 4. Aufgrund der nachfolgend aufgeführten ärztlichen Feststellung mache ich Invaliditätsansprüche aus dem Unfallereignis vom \_\_\_\_\_ geltend.

---

 Ort/Datum

---

 Unterschrift

## 5. Ärztliche Feststellung zu Invaliditätsansprüchen der privaten Unfallversicherung

## Fragen an den Arzt:

a) Ist die Behandlung abgeschlossen?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_

b) Sind innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall unfallbedingte Dauerfolgen eingetreten?

nein  ja

c) Wenn ja, worin und aufgrund welcher Verletzungsfolgen bestehen diese?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

d) Wann kann der endgültige Umfang der Dauerfolgen in einem Gutachten festgestellt werden?

Termin: \_\_\_\_\_

---

 Ort/Datum

---

 Unterschrift