

TF Bank AB

Restschuldversicherung Kredite

Antragsformular für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

Bitte lesen Sie die folgenden Hinweise, bevor Sie das Antragsformular ausfüllen:

- ✓ Beantworten Sie alle möglichen Punkte und reichen Sie das Formular so schnell wie möglich bei Crawford & Company ein, spätestens jedoch 1 Jahr nach Eintritt der Arbeitslosigkeit
- ✓ Wenn das Formular unvollständig ist, kann es zurückgeschickt werden

Kunde

Name der versicherten Person _____

Versicherungsschein Nr. _____

Geburtsdatum _____ Sozialversicherungsnummer _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Haben Sie in der Vergangenheit eine Entschädigung durch eine Restschuldversicherung erhalten?

ja nein

Krankheit / Unfall

Grund für die Krankmeldung / Unfallursache _____

Seit wann sind Sie krank? _____

Datum, an dem Sie zum ersten Mal einen Arzt aufgesucht haben im Zusammenhang mit diesen Symptomen: _____

War ein Krankenhausaufenthalt erforderlich? Ja nein

Falls ja bitte Zeitraum angeben: _____

Wurden Sie wegen derselben Diagnose krankgeschrieben? Ja nein

Wenn JA, für welchen Zeitraum waren Sie krankgeschrieben? _____

Sind Sie noch im Krankenstand? Ja (bitte angeben, bis zu welchem Datum) _____

Nein (Datum der Genesung angeben) _____

Anhänge zum Antragsformular (bitte einreichen)

- Erstbericht zur vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit
- Bestätigungsberichte zur vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit
- Medizinischer Bericht mit Angabe des Datums des Beginns/Ausbruchs (Diagnose) der Krankheit, welche die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit auslöste.
- Arbeitsbescheinigung zur Zeit der Anspruchserhebung, sofern Sie in einem Arbeitsverhältnis stehen.
- Medizinischer Bericht der Entlassung aus dem Krankenhaus mit Angabe der Diagnose, der erhaltenen und durchgeführten Behandlung und Datum der Aufnahme und Entlassung (mit Uhrzeit bei Ankunft und Verlassen des Krankenhauses).
- Bei einem Unfall, der Erste-Hilfe-Bericht und/oder die vollständigen Rechtsverfahren.

ACHTUNG! Für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist jeden Monat eine Kopie des Krankenscheins vorzulegen.

Vollmacht und Unterschrift

- Hiermit ermächtige ich Crawford & Company, die für die Untersuchung des Versicherungsfalls, die Berechnung der Haftung und die Zahlung der Entschädigung durch die Versicherungsgesellschaft erforderlichen Informationen einzuholen und zu verarbeiten. Mir ist bekannt, dass ich durch unrichtige Angaben das Recht auf Schadenersatz gegenüber der Versicherungsgesellschaft verlieren kann.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Crawford & Company (Deutschland) GmbH ist der Datenverarbeiter und verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten im Auftrag des für die Datenverarbeitung Verantwortlichen im Zusammenhang mit der Meldung von Schäden. Der für die Datenverarbeitung Verantwortliche ist AmTrust International Underwriters Limited, 6-8 College Green, Dublin 2 D02 VP48, Irland. Der Zweck der Verarbeitung ist die Sicherung des Versicherungsvertrags und die korrekte Abrechnung. Sie haben das Recht auf Zugang zu Ihren persönlichen Daten und das Recht, unrichtige Daten zu berichtigen. Die personenbezogenen Daten sind vertraulich und werden gemäß den Vorschriften über Verjährungsfristen gelöscht. Die Registrierung der nationalen Identitätsnummern ist für die sichere Identifizierung, den Abgleich mit öffentlichen Registern und die korrekte Meldung an Behörden erforderlich.

Eine Kontaktaufnahme stellt als Anfrage zur Bearbeitung des Schadensfalles grundsätzlich eine stillschweigende Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nach Art. 6 Abs. 1 lit. a DS-GVO dar. Die von Ihnen erfolgte Willenserklärung bezüglich der Datenverarbeitung können Sie jederzeit widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt hiervon unberührt.