

Anforderung eines Leistungsfallmeldeformulars

Bitte senden an:

ProTect Versicherung AG
-Leistungsservice-
leistung@protect-versicherung.de

1. Vertragsdaten
Versicherungsnummer
Monatlich versicherte Versicherungsleistung

Bitte fügen Sie eine Kopie des Versicherungsantrages bei

2. Melder // Ansprechpartner	
Firma	
Ansprechpartner	Telefonnummer / E-Mail:

3. Versicherte Person	
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau Name, Vorname, Geburtsname	E-Mail
Straße, Hausnummer	Geburtsdatum
Postleitzahl, Ort	Telefon

4. Leistungsfall		
<input type="checkbox"/> Arbeitslosigkeit	Erster Tag der Arbeitslosigkeit	Art der letzten Tätigkeit <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> angestellt
	Ist die versicherte Person derzeit noch arbeitslos? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, wieder in Arbeit seit dem:	
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit	Erster Tag der Arbeitsunfähigkeit	Ist die Arbeitsunfähigkeit Folge eines Unfalls? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Ist die versicherte Person derzeit noch arbeitsunfähig erkrankt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, arbeitsfähig seit dem:	

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Der vorliegende Leistungsantrag wird durch die ProTect Dienstleistungs GmbH bearbeitet. Ich bin damit einverstanden, dass zu diesem Zweck meine Vertragsdaten - soweit erforderlich auch meine Gesundheitsdaten - von dem vertragsführenden Versicherungsunternehmen an die ProTect Dienstleistungs GmbH übermittelt und dort verarbeitet und genutzt werden.

Bitte beachten Sie die Datenschutzhinweise der ProTect Versicherung AG, die mit Inkrafttreten der Datenschutz Grundverordnung (DSGVO) ab dem 25.05.2018 gelten. Die Datenschutzhinweise können Sie unter <https://www.protect-versicherung.de/datenschutz/> abrufen.

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel Melder

Unterschrift der Versicherten Person

VAS 010040001