

Anforderung eines Leistungsfallmeldeformulars

Bitte senden an:

ProTect Versicherung AG
-Leistungsservice-

Fax-Nr.: 0211 / 97 84 14 37

leistung@protect-versicherung.de

1. Vertragsdaten
Versicherungsnummer
Kreditkontonummer
BLZ
Monatlich versicherte Kreditrate

Bitte fügen Sie eine Kopie des Antrags auf die Arbeitseinkommensverlustversicherung bei

EA 13.07/01/2018

2. Melder // Ansprechpartner	
Sparkasse und Filiale	
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:	
<input type="checkbox"/> Dread Disease	Dread Disease im Sinne der Bedingungen für das Produkt „KontoSchutz“ meint das erstmalige Vorliegen einer der nachfolgenden Erkrankungen während der Dauer des Versicherungsschutzes. Welche Erkrankung liegt vor? <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> Irreversibles Nierenversagen <input type="checkbox"/> Transplantation von Hauptorganen <input type="checkbox"/> Taubheit <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> Sprachverlust Wann ist diese erstmalig aufgetreten?	

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 Sparkasse

Unterschrift der Versicherten Person

VAS 010040001