

# Antrag auf Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit

## Private Vorsorge

---

### 1. Versicherte Person

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Strasse/Nr.	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Sozialversicherungs-Nr. (AHV-Nr.)	<input type="text"/>
Telefon-Nr.	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Policen-Nr.	<input type="text"/>		

---

### 2. Angaben zum Leistungsfall

2.1 Angaben Krankheit:  Krankheit seit  Arbeitsunfähigkeit seit

Genauere Beschreibung der Art der Erkrankung, Diagnose

2.2 Angaben Unfall:  Unfall  Verkehrsunfall  Unfalldatum  Arbeitsunfähigkeit seit

Genauere Beschreibung des Unfallereignisses (Ort, Zeit, Umstände)

Art der Verletzung (betroffene Körperteile, Art der Schädigung, usw.)

Ist der Unfall durch eine Drittperson verursacht worden?  Ja  Nein

Wenn ja, Name/Adresse Drittperson

Name/Adresse Haftpflichtversicherer Drittperson



2.3 Ärztliche Behandlungen:

**Datum erste ärztliche Untersuchung**

Stehen Sie in ärztlicher Behandlung?

Ja  Nein

Wenn ja, seit

**Name/Adresse Hausarzt**

**Name/Adresse behandelnder Arzt**

Standen Sie vorher bei einem anderen Arzt in Behandlung?

Ja  Nein

Wenn ja, Name/Adresse Arzt

**Behandlung von**

  
  


**bis**

  
  


War oder ist ein Spitalaufenthalt notwendig?

Ja  Nein

Wenn ja, Name/Adresse Spital

**Aufenthalt von**

  
  


**bis**

  
  


2.4 Arbeitsunfähigkeit:

	<b>von</b>		<b>bis</b>	
%	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
%	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

2.5 Waren Sie bereits früher wegen derselben Ursache krank?

Ja  Nein

Wenn ja, von

  


**bis**

  


2.6 Standen Sie deshalb in ärztlicher Behandlung bzw. unter ärztlicher Kontrolle?

Ja  Nein

Wenn ja, von

  


**bis**

  


**Name/Adresse behandelnder Arzt**



2.7 Waren Sie deshalb auch arbeitsunfähig?  Ja  Nein

Wenn ja, von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 3. Berufliche Angaben

#### 3.1 Allgemeine Angaben

<b>Arbeitgeber</b>	<input type="text"/>	<b>Datum Eintritt</b>	<input type="text"/>
<b>Strasse/Nr.</b>	<input type="text"/>	<b>Beschäftigungsgrad</b>	<input type="text"/> %
<b>PLZ/Ort</b>	<input type="text"/>	<b>Jahreslohn</b>	CHF <input type="text"/>
<b>Erwerbsart</b>	<input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Pensioniert <input type="checkbox"/> Arbeitslos	<input type="checkbox"/> In Ausbildung <input type="checkbox"/> Befristet / temporär angestellt	<input type="checkbox"/> Nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> Hausmann/Hausfrau

Bezeichnung der beruflichen Tätigkeit

Wurde das Arbeitsverhältnis gekündigt?  Ja  Nein

Wenn ja, per

Wurde das Arbeitsverhältnis infolge der Arbeitsunfähigkeit gekündigt?  Ja  Nein

3.2 Ist mit einer Wiederaufnahme der Arbeit zu rechnen oder ist diese bereits erfolgt?  Ja  Nein

Wenn ja,  % ab

3.3 Sind Sie auch bei anderen Arbeitgebern tätig?  Ja  Nein

Wenn ja, Beschäftigungsgrad  %

Sind Sie auch in dieser Tätigkeit arbeitsunfähig?  Ja  Nein

Wenn ja, Grad Arbeitsunfähigkeit  %

3.4 Sind Sie bei der Arbeitslosenversicherung angemeldet und oder beziehen Sie Leistungen?  Ja  Nein

Wenn ja, Name/Adresse behandelnder Arzt

### 4. Weitere Angaben

4.1 Wurde der Leistungsfall einer anderen inländischen oder ausländischen Versicherungsgesellschaft gemeldet?  Ja  Nein

	Name/Adresse
<input type="checkbox"/> Krankentaggeldversicherung	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Militärversicherung	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Berufliche Vorsorge	<input type="text"/>



Andere Versicherung **Name/Adresse**  
[Textfeld]

Beziehen Sie Leistungen einer dieser Versicherungen?  Ja  Nein

**Wenn ja, Name** [Textfeld] **seit** [Textfeld]

**Wenn ja, Name** [Textfeld] **seit** [Textfeld]

4.2 Ist eine Anmeldung zur Früherfassung und oder zum Bezug von Leistungen an die Invalidenversicherung (IV) erfolgt?  Ja  Nein **Wenn ja, am** [Textfeld]

**Name/Adresse IV-Stelle**  
[Textfeld]

Werden Sie mit Eingliederungsmassnahmen der IV unterstützt?  Ja  Nein

**Wenn ja, Art der Massnahmen** [Textfeld] **von** [Textfeld] **bis** [Textfeld]

4.3 Werden Sie durch ein Case Management unterstützt?  Ja  Nein

**Wenn ja, Name/Adresse der Firma**  
[Textfeld]

4.4 Haben Sie andere Versicherungsverträge bei Pax?  Ja  Nein **Wenn ja, Policen-Nr.** [Textfeld]

4.5 Bei welcher obligatorischen Krankenversicherung sind Sie aktuell versichert?  
**Name/Adresse Versicherung** [Textfeld] **Versicherten-Nr.** [Textfeld] **seit** [Textfeld]

4.6 Bei welcher obligatorischen Krankenversicherung waren Sie davor versichert?  
**Name/Adresse Versicherung** [Textfeld]

.....  
**5. Bemerkungen**

[Großes Textfeld für Bemerkungen]



## 6. Einzureichende Unterlagen

Bitte legen Sie Kopien folgender Unterlagen bei:

- Abrechnungen über Versicherungsleistungen (Krankentaggeldversicherung, Unfallversicherung, usw.)
- Entscheide und Verfügungen inländischer sowie ausländischer Versicherungsgesellschaften
- Polizeirapport (bei Verkehrsunfall)

## 7. Vollmachten und Erklärungen

Die Unterzeichnenden erklären, alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Die Unterzeichnenden sind für die Richtigkeit der Erklärungen verantwortlich, selbst wenn diese von einer anderen Person geschrieben worden sind.

Die Unterzeichnenden erteilen Pax ausdrücklich folgende Ermächtigungen:

- Pax darf sämtliche Personendaten – einschliesslich medizinischer Daten – zum Zweck der Vertrags-, Leistungs- und Regressabwicklung bearbeiten.
- Soweit erforderlich oder soweit sie dazu gesetzlich verpflichtet ist, darf Pax zu denselben Zwecken sämtliche Personendaten – einschliesslich medizinischer Daten – bekannt geben an Behörden, Vorsorgeeinrichtungen, Mit-, Vor-, Rück- und Sozialversicherer (z. B. Ausgleichskassen, Sozialversicherungsanstalten, IV-Stellen, Unfall- und Krankenversicherer etc.) sowie an haftpflichtige Dritte bzw. deren Haftpflichtversicherer im In- und Ausland.
- Pax darf zu denselben Zwecken Personendaten – einschliesslich medizinischer Daten – bei oben genannten Personen, Versicherern und Stellen sowie bei involvierten Medizinal- und deren Hilfspersonen einholen und bearbeiten. Zu diesem Zweck entbinden die Unterzeichnenden diese von ihrer Geheimhaltungs- und Schweigepflicht.
- Pax darf zur Bearbeitung des Leistungsfalles sowie der Regressabwicklung externe Stellen beiziehen und diesen die notwendigen Auskünfte und sämtliche Personendaten – einschliesslich medizinischer Daten – bekannt geben. Dabei werden die gesetzlichen Datenschutzvorschriften beachtet und die externen Stellen auf deren Einhaltung verpflichtet. Informationen zur Bearbeitung von Personendaten durch Pax finden sich in der Datenschutzerklärung unter [www.pax.ch/datenschutz](http://www.pax.ch/datenschutz).

## 8. Unterschriften

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.

<p><b>Ort/Datum</b></p> <input type="text"/>	<p><b>Unterschrift Versicherungsnehmer</b></p> <input type="text"/>
<p><b>Vorname/Name in Blockschrift</b></p> <input type="text"/>	<p><b>Unterschrift versicherte Person (falls nicht identisch mit Versicherungsnehmer)</b></p> <input type="text"/>
<p><b>Ort/Datum</b></p> <input type="text"/>	
<p><b>Vorname/Name in Blockschrift</b></p> <input type="text"/>	

