

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:

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

Arbeitgeber	<input type="text"/>	Datum Eintritt	<input type="text"/>
Strasse/Nr.	<input type="text"/>	Beschäftigungsgrad	<input type="text"/> %
PLZ/Ort	<input type="text"/>	Jahreslohn	CHF <input type="text"/>
Erwerbsart	<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

<input type="checkbox"/> Krankentaggeldversicherung	Name/Adresse <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**

Beziehen Sie Leistungen einer dieser Versicherungen? Ja Nein

Wenn ja, Name **seit**

Wenn ja, Name **seit**

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

Name/Adresse IV-Stelle

Werden Sie mit Eingliederungsmassnahmen der IV unterstützt? Ja Nein

Wenn ja, Art der Massnahmen **von** **bis**

4.3 Werden Sie durch ein Case Management unterstützt? Ja Nein

Wenn ja, Name/Adresse der Firma

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

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

4.6 Bei welcher obligatorischen Krankenversicherung waren Sie davor versichert?
Name/Adresse Versicherung

.....
5. 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.

8. Unterschriften

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

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

