

Bitte zurück an:



Fragen zur Nachprüfung der Berufsunfähigkeit

Versicherungsnummer

versicherte Person

Geburtsdatum

1. Haben Sie Ihre berufliche Tätigkeit inzwischen wieder aufgenommen ?

ja nein

Wenn JA: Seit wann? _____

In welchem Umfang (z. B. Stunden pro Tag) ?

Bitte Nachweise (z. B. Arbeitsvertrag) beifügen.

2. Haben Sie eine andere berufliche Tätigkeit aufgenommen ?

ja nein

Wenn JA: Seit wann? _____

In welchem Umfang (z. B. Stunden pro Tag) ?

Bitte Nachweise (z. B. Arbeitsvertrag) beifügen.

3. Ist die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit (auch geringfügig) geplant ?

ja nein

Wenn JA: Zu wann? _____

Welche Tätigkeit ?

Bitte Unterlagen beifügen.

4. Haben Sie inzwischen eine Umschulung oder Weiterbildung begonnen, abgeschlossen oder ist eine solche geplant?

ja nein

Wenn JA: Von wann bis wann? _____

Mit welchem Abschluss bzw. Ergebnis?

Bitte Nachweise beifügen.

5. Welche Einkünfte hatten Sie in den letzten drei Jahren aus beruflicher Tätigkeit?

20 ____ : _____ EUR

20 ____ : _____ EUR

20 ____ : _____ EUR

Bitte Nachweise (z. B. Steuerbescheide, Gehaltsnachweise, Bilanzen mit GuV, Einnahmen-/Überschussrechnungen) beifügen.

6. Beziehen Sie aus gesundheitlichen Gründen Rente oder sind Sie als Schwerbehinderter anerkannt?

ja nein

Bitte fügen Sie eine Kopie des Renten- oder GdB-Bescheids bei.

7. Wo sind Sie krankenversichert?

Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift Ihrer Krankenkasse bzw. des Versicherungsunternehmens sowie Ihre Mitgliedsnummer an.

8. Welche Änderungen haben sich in Ihrem Gesundheitszustand seit der Anerkennung ergeben?

9. Wie lauten Name und vollständige Anschrift Ihres Hausarztes?

Seit wann sind Sie dort in Behandlung?

10. Welcher Arzt behandelt Sie zur Zeit?

Bitte geben Sie den Namen und die vollständige Anschrift an.

Aufgrund welcher Erkrankung?

11. Stehen Sie bei weiteren Ärzten in Behandlung?

ja nein

Wenn JA: Weswegen? _____

Bitte geben Sie die Namen und die vollständigen Anschriften an (ggf. Zusatzblatt).

12. Fanden stationäre Behandlungen, Kur- oder Rehabilitationsmaßnahmen statt?

ja nein

Wenn JA: Von wann bis wann? _____

Bitte geben Sie den Namen und die vollständige Anschrift an (ggf. Zusatzblatt).

Bitte fügen Sie Kopien der Berichte bei.

13. Welche Untersuchungen, Behandlungen oder Therapien sind wann und wo noch geplant? (ggf. Zusatzblatt)

14. Ist Ihre Bankverbindung unverändert?

ja nein

Wenn NEIN: Wohin sollen die Leistungen künftig erfolgen?

Name des Kontoinhabers _____

Kontonummer _____

Bankleitzahl _____

15. Wie lautet Ihre Steuer-Identifikationsnummer?

16. Wie lautet Ihre Sozialversicherungsnummer (gesetzliche Rentenversicherungsnummer)?

17. Sind Sie für Rückfragen tagsüber telefonisch erreichbar?

Rufnummer _____

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Datum

 Unterschrift

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Datum

 Unterschrift Betreuer, falls Betreuung besteht
 Bitte Betreuerausweis beifügen.