

Antrag auf Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit

Versicherungsnummer _____

versicherte Person _____

Geburtsdatum _____

I. Angaben zum Gesundheitszustand und zum Beruf

1. An welchen **Erkrankungen / Verletzungen** leiden Sie ?

2. Seit **wann** bestehen diese Erkrankungen / Verletzungen ?

seit _____

3. Welchen Beruf haben Sie zuletzt ausgeübt ?

Seit wann ?

seit _____

4. Welche **gesundheitlichen Beschwerden** hindern Sie – ganz oder teilweise – an der Ausübung Ihres Berufs ?

Seit wann sind Sie **erwerbsunfähig** ?

seit _____

5. Sind Sie **arbeitsunfähig** krank ?

ja nein

Wenn JA: Seit wann ?

seit _____

6. Haben Sie Ihre berufliche Tätigkeit inzwischen aufgegeben ?

ja nein

Wenn JA: Seit wann ?

seit _____

Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei.

7. Wie hoch war Ihr **monatliches** Bruttoeinkommen aus Ihrer beruflichen Tätigkeit **vor** der Erkrankung ?

Euro _____

8. Wie hoch ist Ihr **derzeitiges** monatliches Bruttoeinkommen ?

Euro _____

Bitte fügen Sie Nachweise (z.B. Kopien der Gehaltsbescheinigungen vor und nach Eintritt der Erkrankung bzw. Einkommensteuerbescheide der letzten 3 Jahre) bei !

9. Wie viele Stunden haben Sie vor der Erkrankung **täglich** gearbeitet ?

Stunden _____

An wie vielen Arbeitstagen je Woche ?

Tage _____

10. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie **heute** noch aus ?

11. Wie viele Stunden arbeiten Sie zurzeit **täglich** ?

Stunden _____

An wie vielen Arbeitstagen je Woche ?

Tage _____

12. Haben Sie die Tätigkeit ausgeübt als

Arbeiter / Angestellter Beamter Selbstständiger

13. Ist das Arbeits-/Dienstverhältnis gekündigt ?

ja nein

Wenn JA: Zu wann ?

Weshalb ?

14. Sind Sie arbeitslos ?

ja nein

Wenn JA: Seit wann ?

15. Welcher Arzt hat Sie wegen der Erkrankungen / Verletzungen **zuerst** behandelt ?

Name / Fachrichtung _____

Straße / PLZ / Ort _____

wann _____

16. Von welchen anderen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern / Kuranstalten wurden Sie **bisher** untersucht oder behandelt?

Name	Straße / PLZ / Ort	Behandlungszeitraum
_____	_____	_____
_____	_____	_____

17. Von welchen Ärzten werden Sie **derzeit** behandelt?

Name, Fachrichtung	Straße / PLZ / Ort	Behandlungsgrund
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

18. Wurde die Gesundheitsstörung durch einen **Unfall** ausgelöst?

ja nein

Wenn JA: Bitte schildern Sie den Unfallhergang auf einem gesonderten Blatt. Geben Sie an, wann und wo sich der Unfall ereignete sowie den Namen und die Anschrift der Polizeidienststelle, Staatsanwaltschaft oder Berufsgenossenschaft, die den Unfall bearbeitet.

19. Wie lauten Name und vollständige Anschrift Ihres **Hausarztes**? Seit wann Hausarzt?

20. Welche Untersuchungen, Behandlungen, Therapien, etc. sind **wann** und **wo** noch geplant?

21. Beabsichtigen Sie Ihre bisherige Tätigkeit wieder aufzunehmen?

ja nein

22. Bestehen Pläne zur Aufnahme einer anderen beruflichen Tätigkeit?

ja nein

Wenn JA: Welche Pläne (Berufsziel) haben Sie und wann soll die Aufnahme erfolgen?

23. Ist eine Umschulung geplant, beantragt, bewilligt?

geplant bewilligt beantragt, am _____

Mit welchem Berufsziel?

Bitte Kopie des Umschulungsbescheides beilegen.

24. Sind andere Berufsförderungsmaßnahmen (Schule, Studium, usw.) vorgesehen ?

ja nein

Wenn JA: Welche ? Wann ?

II. Angaben zum weiteren Versicherungsschutz

25. Sind Sie bei anderen Versicherungsgesellschaften gegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit versichert ?

ja nein

Gesellschaft mit Anschrift

Versicherungsnummer

Höhe der versicherten Rente

Gesellschaft mit Anschrift	Versicherungsnummer	Höhe der versicherten Rente
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

26. Haben Sie grundsätzlich Anspruch auf Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente bei der **Sozialversicherung** (BfA, LVA, ...)?

ja nein

27. Beziehen Sie Rente von der Sozialversicherung?

ja nein

Wenn JA: Bitte fügen Sie eine Kopie des Rentenbescheids bei.

Wenn NEIN: Weshalb nicht?

28. Wo sind Sie krankenversichert?

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

29. Wie lautet Ihre Steuer-Identifikationsnummer?

30. Wie lautet Ihre Sozialversicherungsnummer (gesetzliche Rentenversicherungsnummer)?

III. Sonstiges

Ich bin tagsüber telefonisch erreichbar

privat

geschäftlich

Fällig werdende Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit sollen überwiesen werden auf

Konto Nr.

Bankleitzahl

Geldinstitut

Kontoinhaber

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

Unterschrift