

## Antrag auf Leistungen wegen Flugdienstuntauglichkeit

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
versicherte Person

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### I. Angaben zur beruflichen Tätigkeit

1. Welchen Beruf haben Sie unmittelbar vor Eintritt der jetzigen Erkrankung ausgeübt?

\_\_\_\_\_

2. Seit wann übten Sie diesen Beruf aus?

seit \_\_\_\_\_

3. Seit **wann** können Sie Ihre berufliche Tätigkeit nicht mehr ausüben?

seit \_\_\_\_\_

4. Sind Sie arbeitsunfähig krank?

ja             nein

Wenn JA: Seit wann?

seit \_\_\_\_\_

5. Sind Sie flugdienstuntauglich?

ja             nein

Wenn JA: Seit wann?

seit \_\_\_\_\_

6. In welchem Umfang haben Sie vor der Erkrankung gearbeitet?  
(Vollzeit / Teilzeit zu wie viel %)

\_\_\_\_\_

7. In welchem Umfang arbeiten Sie zurzeit?

\_\_\_\_\_

8. Wie hoch war Ihr monatliches Bruttoeinkommen aus der Tätigkeit vor der Erkrankung?

EUR \_\_\_\_\_

9. Wie hoch ist Ihr derzeitiges monatliches Einkommen ?

EUR \_\_\_\_\_

10. Beabsichtigen Sie Ihre bisherige Tätigkeit wieder aufzunehmen? Wann?

\_\_\_\_\_

11. An welchen Erkrankungen / Verletzungen leiden Sie?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Seit wann bestehen diese Erkrankungen / Verletzungen?

\_\_\_\_\_

13. Wurde die Gesundheitsstörung durch einen Unfall ausgelöst?

ja  nein

Wenn JA: Wann und wo ereignete sich der Unfall?

wann \_\_\_\_\_

wo \_\_\_\_\_

**Bitte schildern Sie den Unfallhergang auf einem gesonderten Blatt.**

14. Welche Polizeidienststelle / Staatsanwaltschaft / Berufsgenossenschaft bearbeitet den Unfall?

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

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

Name \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## II. Angaben zum Gesundheits- zustand

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

---



---



---

### III. Sonstiges

20. Sind Sie bei anderen Versicherungsgesellschaften gegen Berufsunfähigkeit / Flugdienstuntauglichkeit versichert ?

ja             nein

Wenn JA: Bitte nähere Angaben

Versicherungsgesellschaft, Anschrift

---



---



---

Versicherungsnummer

---

Höhe der versicherten Rente(n)

---

21. Wo sind Sie krankenversichert ?

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

---



---



---

22. Wie lautet Ihre Steuer-Identifikationsnummer?

---

23. Wie lautet Ihre Sozialversicherungsnummer (gesetzliche Rentenversicherungsnummer)?

---

Ich bin tagsüber telefonisch erreichbar

privat

geschäftlich

Fällig werdende Leistungen wegen Flugdienstuntauglichkeit sollen überwiesen werden auf

Konto Nr.

Bankleitzahl

Geldinstitut

Kontoinhaber

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

Datum

Unterschrift