

Fragebogen zur Erwerbsunfähigkeit

Kundendaten und Zahlungsverbindung der erwerbsunfähigen Person

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Policennummer	_____
Strasse	_____	Ort	_____
<hr/>			
Telefon Privat	_____	Geschäft	_____
IBAN Post	_____	IBAN Bank	_____
Kontoinhaber	_____	Kontoinhaber	_____
PLZ, Ort	_____	Name der Bank:	_____
		PLZ, Ort	_____

Ärztliche Behandlung (bei Spitälern bitte Abteilung angeben)

Bei **Krankheit** auszufüllen:

An welcher Krankheit leiden Sie? _____

Art der Beschwerden? _____

Haben Sie schon früher an dieser Krankheit gelitten? Nein Ja Wann? _____

Bei **Unfall** auszufüllen:

Unfalldatum und Unfallzeit? _____

Wo hat sich der Unfall ereignet? _____

Ursache und Hergang? _____

Art Ihrer Verletzungen? _____

Welchen Arzt haben Sie wegen Ihren bestehenden Beschwerden zuerst konsultiert?

Name und Adresse _____

Behandlungsbeginn? _____

Bei welchem Arzt stehen Sie zur Zeit in Behandlung oder Kontrolle?

Name und Adresse _____

Haben Sie wegen dieser Verletzung/Erkrankung weitere Ärzte konsultiert?

Name und Adresse _____

Hausarzt?

Name und Adresse _____

Frühere Krankheiten und/oder Unfälle

Sind Sie in den letzten 5 Jahren erkrankt oder verunfallt? Nein Ja
Welche Krankheiten/Unfälle hatten Sie? Wann? _____

Bestehen noch gesundheitliche Beeinträchtigungen aufgrund dieser Krankheiten oder Unfälle? Nein Ja

Welche Ärzte haben Sie deswegen konsultiert?
Name und Adresse _____

Berufliche Tätigkeit

Erlerner Beruf? _____

Welche berufliche Tätigkeit haben Sie bei Eintritt der bestehenden Beschwerden ausgeübt? _____

Wieviel Stunden pro Woche haben Sie beruflich vor Eintritt der bestehenden Beschwerden gearbeitet? _____

Name und Adresse des Arbeitgebers? _____

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie heute aus? _____

Name und Adresse des heutigen Arbeitgebers? _____

Wieviel Stunden pro Woche haben Sie beruflich nach Eintritt der bestehenden Beschwerden gearbeitet? _____

Ist das Arbeits- oder Anstellungsverhältnis gekündigt? Nein Ja
Sind/Waren Sie arbeitslos? Nein Ja
Wenn ja, bitte Daten angeben von _____ bis _____
von _____ bis _____

Sind Sie selbständig erwerbend? Nein Ja
Anzahl Beschäftigte? _____

Verlauf der Erwerbsunfähigkeit und zur Lohnfortzahlung

Seit wann sind Sie wegen der Erkrankung oder Verletzung nicht mehr in der Lage, _____
Ihre bisherige Tätigkeit auszuüben? _____

Wie ist Ihre berufliche Tätigkeit eingeschränkt? _____

Grad und Dauer Ihrer Erwerbsunfähigkeit? _____ % von _____ bis _____

Besteht eine Lohnfortzahlung durch Ihren Arbeitgeber? Nein Ja

Wenn ja, im Umfang von _____ % von _____ bis _____
_____ % von _____ bis _____

Einkommensvergleich

Erzielen Sie durch Ihre Erwerbsunfähigkeit ein kleineres Erwerbseinkommen als bisher?

Nein

Ja

Wenn ja, im Ausmass von

_____ % pro Monat seit _____

_____ % pro Monat seit _____

Bestehen weitere Versicherungen?

Bei welchen anderen sozialen und/oder privaten Versicherungs-Gesellschaften sind Sie privat und/oder durch Ihren Arbeitgeber für Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit und/oder Invalidität versichert (z.B. Krankenkasse, SUVA, UVG, Unfall-, Krankentaggeld-, Lebens-, Militärversicherung, Pensionskasse)?

Name und Adresse der Gesellschaft?			
Policennummer / AHV Nummer?			
Leistungsart?			
Leistungshöhe?			
Leistungsdauer?			
Haben Sie Ihre Erwerbsunfähigkeit schon angemeldet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Beziehen Sie schon Leistungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Seit wann?			

Bitte legen Sie von allfälligen Entscheiden/Verfügungen eine Fotokopie bei.

Name _____ **Vorname** _____
Geburtsdatum _____ **Policennummer** _____

Bemerkungen/Ergänzungen

Beilagen

Bitte prüfen Sie, ob alle Fragen vollständig und richtig beantwortet wurden und die erforderlichen Belege beigefügt sind. Werden Tatsachen, welche die Leistungspflicht der Gesellschaft ausschliessen oder mindern würden zum Zwecke der Täuschung unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, kann YOUPLUS Insurance International AG die Erbringung von Leistungen verweigern und vom Vertrag zurücktreten (Art. 40 VVG).

Information über die Bearbeitung Ihrer Daten

Um Ihren Leistungsanspruch zu prüfen, wird YOUPLUS Insurance International AG direkt bei Dritten weitere Informationen einholen. Es handelt sich dabei insbesondere um Personen und Institutionen, von welchen Sie behandelt wurden oder welche in Zusammenhang mit Ihrem Unfall /Krankheit Leistungen erbringen oder sonst Auskünfte erteilen können. YOUPLUS Insurance International AG wird diesen Personen auch Daten übermitteln. Darüber hinaus werden auch Daten an Rückversicherer und Mitversicherer übermittelt sowie Daten an Personen bekanntgegeben, welche in Zusammenhang mit der Leistungserbringung im Auftrag von YOUPLUS Insurance International AG bestimmte Aufgaben übernehmen (wie z.B. Vertrauensärzte).

Ohne Ihre nachfolgende Einwilligung werden weitere Abklärungen durch YOUPLUS Insurance International AG verunmöglicht. Allein aufgrund Ihrer Angaben ist ein Leistungsanspruch in der Regel aber nicht genügend substantiiert und wird normalerweise abgelehnt.

Einwilligung

Ich ermächtige YOUPLUS Insurance International AG im Zusammenhang mit der Leistungserbringung Daten zu bearbeiten, bei Behörden, Ärzten, Spitälern und weiteren Dritten im In- und Ausland Auskünfte einzuholen sowie Akteneinsicht zu nehmen (z.B. bei Privat- und Sozialversicherern wie AHV/IV, Arbeitslosenversicherung, Pensionskassen, UVG-Versicherer, Krankenkassen, Medizinalpersonen oder Arbeitgeber). Diese Personen werden ausdrücklich vom ihrem Berufs-/ Amtsgeheimnis bzw. ihrer ärztlichen Schweigepflicht entbunden und ermächtigt, der YOUPLUS Insurance International AG Auskunft zu erteilen und Einsicht in die Akten zu gewähren. Soweit der Beginn einer Krankheit oder ein allfälliger Vorzustand der Abklärung bedürfen, gilt diese Einwilligung auch in Bezug auf den Status vor Eintritt des oben angezeigten Ereignisses.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten

Unterschrift des Anspruchsberechtigten
