

Angaben und Erklärungen zur Berufsunfähigkeit

Versicherungsschein Nr.:

Versicherungsnehmer:

Versicherte Person:

Wie können wir Sie am besten erreichen?

Telefon (tagsüber)

Telefax

E-Mail:

Angaben zum Gesundheitszustand

1. An welchen Erkrankungen, Verletzungen oder Leistungseinschränkungen leiden Sie?

Bitte nennen Sie die Diagnosen und schildern Sie Ihre Beschwerden!

2. Seit wann bestehen diese Erkrankungen, Verletzungen oder Leistungseinschränkungen?

Seit: _____

3. Wurden die Erkrankungen oder Verletzungen durch einen Unfall ausgelöst?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann und wo hat sich der Unfall ereignet

(Bitte schildern Sie den Unfallhergang auf einem gesonderten Blatt.)?

Wann: _____

Wo: _____

4. Welche Polizeidienststelle/ Staatsanwaltschaft bearbeitet den Unfall?	Name: _____ Anschrift: _____ Aktenzeichen: _____																							
5. Welcher Arzt hat Sie wegen dieser Erkrankungen oder Verletzungen zuerst behandelt?	Name: _____ Anschrift: _____ Wann: _____																							
6. Von welchen anderen Ärzten und in welchen Krankenhäusern, Sanatorien oder Kuranstalten wurden Sie bisher beraten, untersucht oder behandelt?	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="687 629 879 712">Name</th> <th data-bbox="879 629 1086 712">Anschrift</th> <th data-bbox="1086 629 1476 712">Behandlungszeitraum/ - grund</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="687 712 879 824">a. _____</td> <td data-bbox="879 712 1086 824">_____</td> <td data-bbox="1086 712 1476 824">von/bis _____ wegen _____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="687 824 879 936">b. _____</td> <td data-bbox="879 824 1086 936">_____</td> <td data-bbox="1086 824 1476 936">von/bis _____ wegen _____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="687 936 879 1048">c. _____</td> <td data-bbox="879 936 1086 1048">_____</td> <td data-bbox="1086 936 1476 1048">von/bis _____ wegen _____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="687 1048 879 1189">d. _____</td> <td data-bbox="879 1048 1086 1189">_____</td> <td data-bbox="1086 1048 1476 1189">von/bis _____ wegen _____</td> </tr> </tbody> </table>			Name	Anschrift	Behandlungszeitraum/ - grund	a. _____	_____	von/bis _____ wegen _____	b. _____	_____	von/bis _____ wegen _____	c. _____	_____	von/bis _____ wegen _____	d. _____	_____	von/bis _____ wegen _____						
Name	Anschrift	Behandlungszeitraum/ - grund																						
a. _____	_____	von/bis _____ wegen _____																						
b. _____	_____	von/bis _____ wegen _____																						
c. _____	_____	von/bis _____ wegen _____																						
d. _____	_____	von/bis _____ wegen _____																						
7. Welche Ärzte behandeln Sie zurzeit wegen dieser Erkrankungen oder Verletzungen?	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="687 1189 943 1249">Name</th> <th data-bbox="943 1189 1150 1249">Anschrift</th> <th data-bbox="1150 1189 1476 1249">Fachrichtung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="687 1249 943 1310">a. _____</td> <td data-bbox="943 1249 1150 1310">_____</td> <td data-bbox="1150 1249 1476 1310">_____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="687 1310 943 1370">b. _____</td> <td data-bbox="943 1310 1150 1370">_____</td> <td data-bbox="1150 1310 1476 1370">_____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="687 1370 943 1431">c. _____</td> <td data-bbox="943 1370 1150 1431">_____</td> <td data-bbox="1150 1370 1476 1431">_____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="687 1431 943 1491">d. _____</td> <td data-bbox="943 1431 1150 1491">_____</td> <td data-bbox="1150 1431 1476 1491">_____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="687 1491 943 1552">e. _____</td> <td data-bbox="943 1491 1150 1552">_____</td> <td data-bbox="1150 1491 1476 1552">_____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="687 1552 943 1612">f. _____</td> <td data-bbox="943 1552 1150 1612">_____</td> <td data-bbox="1150 1552 1476 1612">_____</td> </tr> </tbody> </table>			Name	Anschrift	Fachrichtung	a. _____	_____	_____	b. _____	_____	_____	c. _____	_____	_____	d. _____	_____	_____	e. _____	_____	_____	f. _____	_____	_____
Name	Anschrift	Fachrichtung																						
a. _____	_____	_____																						
b. _____	_____	_____																						
c. _____	_____	_____																						
d. _____	_____	_____																						
e. _____	_____	_____																						
f. _____	_____	_____																						
8. Welche ärztlichen Maßnahmen (Untersuchungen, Behandlungen, Heilverfahren, Therapien) sind noch vorgesehen?	Welche: _____ Wann: _____ Wo: _____																							

9. Seit wann sind Sie wegen der Erkrankungen oder Verletzungen nicht mehr in der Lage, Ihre bisherige Tätigkeit auszuüben?	Seit: _____																										
10. Sind Sie arbeitsunfähig krankgeschrieben?	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, seit: _____ durch Dr.: _____ Anschrift: _____ Bitte Nachweise beifügen!																										
Angaben zum Beruf und zum beruflichen Werdegang																											
1. Welche abgeschlossene Schulbildung haben Sie?	☐ keine ☐ Hauptschule ☐ Realschule ☐ Abitur ☐ Fachoberschule ☐ Sonstige: _____																										
2. Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?	☐ keine ☐ Kaufmannsgehilfenprüfung ☐ Gesellenprüfung ☐ Meisterprüfung ☐ Studienabschluss Wenn ja: welche/n _____ erlernte/r Beruf/e: _____																										
3. Welche beruflichen Tätigkeiten haben Sie in Ihrem bisherigen Berufsleben ausgeübt? (Schildern Sie bitte Ihren beruflichen Werdegang in zeitlicher Reihenfolge!)	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="687 1294 975 1406">Berufsbezeichnung, von beruflichen Tätigkeiten</th> <th data-bbox="975 1294 1086 1406">von</th> <th data-bbox="1086 1294 1126 1406">bis</th> <th data-bbox="1126 1294 1476 1406">Name und Anschrift des Arbeitgebers</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="687 1406 975 1473">a. _____</td> <td data-bbox="975 1406 1086 1473">_____</td> <td data-bbox="1086 1406 1126 1473">_____</td> <td data-bbox="1126 1406 1476 1473">_____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="687 1473 975 1541">b. _____</td> <td data-bbox="975 1473 1086 1541">_____</td> <td data-bbox="1086 1473 1126 1541">_____</td> <td data-bbox="1126 1473 1476 1541">_____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="687 1541 975 1608">c. _____</td> <td data-bbox="975 1541 1086 1608">_____</td> <td data-bbox="1086 1541 1126 1608">_____</td> <td data-bbox="1126 1541 1476 1608">_____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="687 1608 975 1675">d. _____</td> <td data-bbox="975 1608 1086 1675">_____</td> <td data-bbox="1086 1608 1126 1675">_____</td> <td data-bbox="1126 1608 1476 1675">_____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="687 1675 975 1742">e. _____</td> <td data-bbox="975 1675 1086 1742">_____</td> <td data-bbox="1086 1675 1126 1742">_____</td> <td data-bbox="1126 1675 1476 1742">_____</td> </tr> </tbody> </table>			Berufsbezeichnung, von beruflichen Tätigkeiten	von	bis	Name und Anschrift des Arbeitgebers	a. _____	_____	_____	_____	b. _____	_____	_____	_____	c. _____	_____	_____	_____	d. _____	_____	_____	_____	e. _____	_____	_____	_____
Berufsbezeichnung, von beruflichen Tätigkeiten	von	bis	Name und Anschrift des Arbeitgebers																								
a. _____	_____	_____	_____																								
b. _____	_____	_____	_____																								
c. _____	_____	_____	_____																								
d. _____	_____	_____	_____																								
e. _____	_____	_____	_____																								

4. Welche sonstigen Kenntnisse und Fähigkeiten haben Sie sich noch angeeignet (z.B. Computerkurs, Fortbildungen)?	
5. a.) Welche berufliche Tätigkeit haben Sie unmittelbar vor dem Eintritt der jetzigen gesundheitlichen Beschwerden ausgeübt? b.) Seit wann haben Sie diese Tätigkeit ausgeübt?	
6. Wie viele Wochenstunden waren Sie vor dem Eintritt der jetzigen gesundheitlichen Beschwerden durchschnittlich tätig?	
7. Wie hoch war Ihr jährliches Bruttoeinkommen aus dieser beruflichen Tätigkeit vor Eintritt der jetzigen gesundheitlichen Beschwerden? Fügen Sie bitte die Einkommensteuerbescheide der letzten drei Jahre bei!	Letztes Jahr € _____ Vor 2 Jahren € _____ Vor 3 Jahren € _____
8. Welche Belastungen waren für Sie mit der Ausübung dieser Tätigkeit verbunden?	☐ ständig stehend ☐ gehend und stehend ☐ ständig sitzend ☐ oft kniend ☐ an laufender Maschine ☐ oft mit erhobenen Armen ☐ oft in gebückter Haltung ☐ hautempfindliche Arbeiten ☐ im Wechsel von Gehen/Stehen/Sitzen ☐ feinmotorische Arbeiten Heben und Tragen von Lasten ☐ bis 7 kg ☐ 7 – 20 kg ☐ über 20 kg

9. Worin bestand Ihre berufliche Tätigkeit im Einzelnen **vor** Eintritt der jetzigen gesundheitlichen Beschwerden an einem gewöhnlichen Arbeitstag?

(Nennen Sie bitte die zutreffenden Teiltätigkeiten und geben Sie die zeitliche Inanspruchnahme an!)

Körperliche Tätigkeiten

durchschnittlicher Zeitaufwand

Stunden

Minuten

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Kaufmännische und aufsichtsführende Tätigkeiten

durchschnittlicher Zeitaufwand

Stunden

Minuten

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Sonstige Tätigkeiten

durchschnittlicher Zeitaufwand

Stunden

Minuten

_____	_____	_____
Führen von Kfz im Umkreis bis 50 km	_____	_____
Führen von Kfz im Umkreis über 50 km	_____	_____

10. Welche von den oben genannten Tätigkeiten üben Sie **heute** noch aus? Nennen Sie bitte die einzelnen Tätigkeiten, die Sie ausüben und tragen Sie jeweils den durchschnittlichen Zeitaufwand ein.

Körperliche Tätigkeiten

durchschnittlicher Zeitaufwand

Stunden

Minuten

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Kaufmännische und aufsichtsführende Tätigkeiten

durchschnittlicher Zeitaufwand

Stunden

Minuten

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Sonstige Tätigkeiten

durchschnittlicher Zeitaufwand

Stunden

Minuten

_____	_____	_____
Führen von Kfz im Umkreis bis 50 km	_____	_____

Bitte beschreiben Sie auf den beigegeführten Blättern den Ablauf eines für Sie typischen Arbeitstages vor und nach Eintritt Ihrer Beschwerden!

11. Wie viele Stunden arbeiten Sie zurzeit täglich?	Stunden: _____ Wie viele Arbeitstage je Woche ? Tage: _____
12. Beabsichtigen Sie, Ihre berufliche Tätigkeit wieder aufzunehmen?	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wann? _____ _____ _____ _____
13. Bestehen Pläne zur Aufnahme einer anderen beruflichen Tätigkeit?	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche und wann? _____ _____ _____
14. Werden Sie umgeschult oder soll eine Umschulung stattfinden (Bitte Kopie des Umschulungsbescheides beilegen)?	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie lautet das neue Berufsbild? _____ Beginn und voraussichtliche Dauer: _____ Träger der Umschulung: _____ _____

Angaben zum weiteren Versicherungsschutz

1. Sind andere Berufsmaßnahmen (Schule, Studium usw.) vorgesehen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, mit welchem Berufsziel?

Beginn und voraussichtliche Dauer:

2. Bei welchen Versicherungsgesellschaften sind Sie gegen Berufsunfähigkeit noch versichert?

(Bitte geben Sie Name, Anschrift und Vertragsnummer an).

Name: _____

Anschrift: _____

Vertragsnummer: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Vertragsnummer: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Vertragsnummer: _____

3. Haben Sie grundsätzlich Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente bei der Sozialversicherung (Deutsche Rentenversicherung usw.)?

☐ Ja ☐ Nein

4. Haben Sie je Beiträge in die gesetzliche Sozialversicherung eingezahlt?

☐ Ja ☐ Nein

Von _____ bis _____

Grund: _____

5. Beziehen Sie Rente von der Sozialversicherung

☐ Ja ☐ Nein

(Bitte fügen Sie alle Ihnen vorliegenden Rentenbescheide und letzten Anpassungsbescheide vollständig bei).

6. Sofern Sie keine Rente beziehen:
Haben Sie eine Rente beantragt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann und bei wem?

Wenn nein, werden Sie eine Rente beantragen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls nein, weshalb nicht?

Wurde ein Rentenantrag abgewiesen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann und von wem?

Haben Sie hiergegen Widerspruch erhoben?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann?

7. Bitte geben Sie Name und Anschrift Ihres
Sozialversicherungsträgers sowie Ihre
Versicherungsnummer an:

Name: _____

Anschrift: _____

Vertragsnummer: _____

8. Haben Sie einen Antrag auf Schwerbehinderung gestellt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann? _____

Bei welchem Versorgungsamt (Anschrift und Aktenzeichen)?

Mit welchem Ergebnis?

Bitte legen Sie eine Kopie des Bescheides des Versorgungsamtes bei!

9. Bei welcher Krankenkasse/ Versicherungsgesellschaft waren Sie in den letzten 5 Jahren und aktuell krankenversichert?

Name	Anschrift	VersNr.	versichert von - bis
------	-----------	---------	----------------------

a.)	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

b.)	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

c.)	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit sollen überwiesen werden an:

Kontoinhaber: _____

IBAN-Nummer: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Wir sind verpflichtet nach Maßgabe des § 22a EStG der Zentralen Stelle für Altersvermögen jährlich steuerpflichtige Rentenleistungen im Sinne des § 22 Nr. 1 Satz 3 Buchst. a und § 22 Nr. 5 EStG mitzuteilen.

Steuer-Identifikationsnummer:

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

(Hinweis: Die elfstellige Steuer-Identifikationsnummer wurde allen natürlichen Personen Ende des Jahres 2008 in einem Anschreiben des Bundeszentralamtes für Steuern (BZSt) mitgeteilt. Sie ersetzt die bisherige Steuernummer und besteht aus insgesamt elf Ziffern.)

Die Fragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet. Mir ist bekannt, dass bewusst falsche oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, und zwar auch dann, wenn der Gesellschaft kein Schaden entsteht. Wurde die Schadenanzeige von einem Beauftragten der Versicherungsgesellschaft ausgefüllt, so bleibe trotzdem ich allein für die Richtigkeit der gemachten Angaben verantwortlich.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person

Bei der Ausfüllung des Fragebogens hat mitgewirkt: _____

KOPIE

Tätigkeitsbeschreibung vor Eintritt der gesundheitlichen Beschwerden:

Kopie

Ort, Datum

Unterschrift

Tätigkeitsbeschreibung nach Eintritt der gesundheitlichen Beschwerden:

Kopie

Ort, Datum

Unterschrift