

Fragebogen zur Erwerbsunfähigkeit

KUNDENDATEN UND ZAHLUNGSVERBINDUNG DER ERWERBSUNFÄHIGEN PERSON

Name	Vorname
Geburtsdatum	Policennummer
AHV-Nummer	
Strasse	PLZ, Ort
Telefon Privat	Telefon Geschäft
IBAN (Bank/Post)	Kontoinhaber
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

BERUFLICHE TÄTIGKEIT

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 _____

Sind Sie selbstständig erwerbend? Nein Ja
von _____ bis _____

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

% von _____ bis _____

% von _____ bis _____

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 Assurance 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 Assurance 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 Assurance 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 Assurance AG bestimmte Aufgaben übernehmen (wie z.B. Vertrauensärzte).

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

Einwilligung

Ich ermächtige YOUPLUS Assurance 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 Assurance 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