

Bericht der versicherten Person

betreffend seine Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit

Versicherte Person	Versicherungs-Nr.
Geb.Datum Beruf
Strasse	Vertrags-Nr.
PLZ, Ort Tel.Nr

A. Bei Krankheit auszufüllen

1. Bezeichnung der Krankheit?

2. Seit wann haben Sie Beschwerden?

3. Haben Sie schon früher an dieser Krankheit gelitten? Nein Wenn Ja, seit wann?

B. Bei Unfall auszufüllen

1. a) Datum, Zeit und Ort des Unfalles? am um Uhr Wo

b) Ursache und Hergang?

c) Wer ist schuld am Unfall? Name

Adresse

Haftpflicht-Versicherer

d) Gibt es einen Polizeirapport? Nein Wenn Ja, bei welcher Polizeistelle?

2. a) Art Ihrer Verletzungen?

b) Art Ihrer körperlichen Beeinträchtigung?

C. In allen Fällen ausfüllen

1. a) Wann haben Sie erstmals einen Arzt oder ein Spital aufgesucht? Datum am um Uhr

Name (Abteilung)

Adresse

b) Bei welchem Arzt stehen Sie jetzt in Behandlung oder Kontrolle? Name

Adresse

c) Weitere, für diese Krankheit oder Verletzung konsultierte oder zugezogene Aerzte? Name

Adresse

d) Krankheiten und Unfälle der letzten 5 Jahre

Bezeichnung?	Wann?	Name	Adresse der Aerzte
.....
.....
.....

2. Unmittelbar vor Beginn der Arbeits-/ Erwerbsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit?

a) Tätigkeit / Branche?

b) Stellung in der Firma?

c) Beginn des Arbeitsverhältnisses? Anstellung in Prozent %

d) Ist das Arbeitsverhältnis gekündet? Nein Wenn Ja, per wann?

3. a) Wie ist Ihre berufliche Tätigkeit eingeschränkt?

b) Wo werden Sie gepflegt? Name

Adresse

c) Waren Sie vor dieser Erkrankung oder diesem Unfall vollständig arbeits-/erwerbsfähig? Ja Wenn Nein, Umfang und Dauer Ihrer Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit?
zu% vom bis
zu% vom bis

4. a) Sind Sie versichert gegen Unfall? Nein Wenn Ja, bei wem?
Krankheit? Nein Wenn Ja, bei wem?

b) Besitzen Sie noch andere Lebensversicherungen? Nein Wenn Ja, bei wem?

c) Sind Sie angemeldet bei Unfallversicherer (UVG)? Nein Ja
Invalidenversicherung (IV)? Nein Ja
Militärversicherung (MV)? Nein Ja
Arbeitslosenversicherung (ALV)? Nein Ja

Bitte Kopie der Unterlagen (Taggeldentscheid, Verfügung, etc) beilegen.

d) Beziehen Sie schon Leistungen? Nein Wenn Ja, seit wann?
Wie hoch? CHF /Tag

e) Ist eine Wiedereingliederung geplant? Nein Wenn Ja, ab wann?
Wie lange?

f) Werden Sie voraussichtlich wieder eine Tätigkeit aufnehmen? Nein Wenn Ja, wann?
Zu wieviel %?

g) Erzielen Sie aktuell ein Erwerbseinkommen? Nein Wenn Ja, aus welcher Tätigkeit?
Zu wieviel %? Wie hoch? CHF /Monat

Bei welchem Arbeitgeber? Name
Adresse

5. Gewünschte Zahlungsart: Überweisung auf PC-Konto Nr.
lautend auf
 IBAN
lautend auf
Name und Adresse der Bank

6. Besondere Bemerkungen

Erklärung der versicherten Person betreffend Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,
erkläre mich damit einverstanden, dass die Basler LebenAG oder deren Bevollmächtigte bei Spitälern, Ärzten, anderen Medizinalpersonen und Behörden, insbesondere auch bei Unfall-, Kranken- und Lebensversicherern, der Eidg. Invalidenversicherung, der Eidg. Militärversicherung und der Eidg. Unfallversicherung, alle Auskünfte einholt, die für die Beurteilung meines früheren, gegenwärtigen und zukünftigen Gesundheitszustandes für notwendig gehalten werden. Ich entbinde die vorerwähnten Personen und Institutionen von der ärztlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, der Basler Leben AG oder deren Bevollmächtigten jede gewünschte Auskunft zu erteilen.

Ort, Datum Unterschrift der versicherten Person