

Antrag auf Leistungen infolge Erwerbsunfähigkeit

Private Vorsorge

1. Versicherte Person

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Strasse/Nr.	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Sozialversicherungs-Nr.	<input type="text"/>
Telefon-Nr.	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Policen-Nr.	<input type="text"/>		

2. Angaben zum Leistungsfall

2.1 Angaben Krankheit: Krankheit seit Arbeitsunfähigkeit seit

Genauere Beschreibung der Art der Erkrankung, Diagnose

2.2 Angaben Unfall: Unfall Verkehrsunfall Unfalldatum Arbeitsunfähigkeit seit

Genauere Beschreibung des Unfallereignisses (Ort, Zeit, Umstände)

Art der Verletzung (betroffene Körperteile, Art der Schädigung, usw.)

Ist der Unfall durch eine Drittperson verursacht worden? Ja Nein

Wenn ja, Name/Adresse Drittperson	Name/Adresse Haftpflichtversicherer Drittperson
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>



2.3 Ärztliche Behandlungen:

Datum erste ärztliche Untersuchung:

Stehen Sie in ärztlicher Behandlung? Ja Nein **Wenn ja, seit**

Name/Adresse Hausarzt

Name/Adresse behandelnder Arzt

Standen Sie vorher bei einem anderen Arzt in Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, Name/Adresse Arzt

Behandlung von **bis**

War oder ist ein Spitalaufenthalt notwendig? Ja Nein

Wenn ja, Name/Adresse Spital

Aufenthalt von **bis**

2.4 Arbeitsunfähigkeit:

%	von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.5 Waren Sie bereits früher wegen derselben Ursache krank? Ja Nein

Wenn ja, von **bis**

2.6 Standen Sie deshalb in ärztlicher Behandlung bzw. unter ärztlicher Kontrolle? Ja Nein

Wenn ja, von **bis**

Name/Adresse behandelnder Arzt



2.7 Waren Sie deshalb auch arbeitsunfähig? Ja Nein

Wenn ja, von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Berufliche Angaben

3.1 Allgemeine Angaben

Name/Adresse Arbeitgeber	<input type="text"/>	Datum Eintritt	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Beschäftigungsgrad %	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Jahreslohn CHF	<input type="text"/>

Erwerbsart

<input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> in Ausbildung	<input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig
<input type="checkbox"/> pensioniert	<input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> befristet/ temporär angestellt	<input type="checkbox"/> Hausmann/Hausfrau

Bezeichnung der beruflichen Tätigkeit:

Wurde das Arbeitsverhältnis gekündigt? Ja Nein **Wenn ja, per**

Wurde das Arbeitsverhältnis infolge der Arbeitsunfähigkeit gekündigt? Ja Nein

3.2 Ist mit einer Wiederaufnahme der Arbeit zu rechnen oder ist diese bereits erfolgt? Ja Nein **Wenn ja, %** **ab**

3.3 Sind Sie auch bei anderen Arbeitgebern tätig? Ja Nein **Wenn ja, Beschäftigungsgrad %**

Sind Sie auch in dieser Tätigkeit arbeitsunfähig? Ja Nein **Wenn ja, Grad Arbeitsunfähigkeit %**

3.4 Sind Sie bei der Arbeitslosenversicherung angemeldet und oder beziehen Sie Leistungen? Ja Nein

Wenn ja, Name/Adresse Arbeitslosenkasse

4. Weitere Angaben

4.1 Wurde der Leistungsfall einer anderen inländischen oder ausländischen Versicherungsgesellschaft gemeldet? Ja Nein

	Name/Adresse
<input type="checkbox"/> Krankentaggeldversicherung	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Militärversicherung	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Berufliche Vorsorge	<input type="text"/>



Name/Adresse

Andere Versicherung

Beziehen Sie Leistungen einer dieser Versicherungen?

Ja Nein

Wenn ja, Name

seit

Wenn ja, Name

seit

4.2 Ist eine Anmeldung zur Früherfassung und oder zum Bezug von Leistungen an die Invalidenversicherung (IV) erfolgt?

Ja Nein

Wenn ja, am

Name/Adresse IV-Stelle

Werden Sie mit Eingliederungsmassnahmen der IV unterstützt?

Ja Nein

Wenn ja, Art der Massnahmen

von

bis

4.3 Werden Sie durch ein Case Management unterstützt?

Ja Nein

Wenn ja, Name/Adresse der Firma

4.4 Haben Sie andere Versicherungsverträge bei Pax?

Ja Nein

Wenn ja, Policen-Nr.

4.5 Bei welcher obligatorischen Krankenversicherung sind Sie aktuell versichert?

Name/Adresse Versicherung

seit

Versicherten-Nr.

4.6 Bei welcher obligatorischen Krankenversicherung waren Sie davor versichert?

Name/Adresse Versicherung

5. Bemerkungen



6. Einzureichende Unterlagen

Bitte legen Sie Kopien folgender Unterlagen bei:

- Abrechnungen über Versicherungsleistungen (Krankentaggeldversicherung, Unfallversicherung, usw.)
- Entscheide und Verfügungen inländischer sowie ausländischer Versicherungsgesellschaften
- Polizeirapport (bei Verkehrsunfall)

7. Vollmachten und Erklärungen

Die Unterzeichnenden erklären, alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Die Unterzeichnenden sind für die Richtigkeit der Erklärungen verantwortlich, selbst wenn diese von einer anderen Person geschrieben worden sind.

Die Unterzeichnenden erteilen Pax ausdrücklich folgende Ermächtigungen:

- Pax darf sämtliche Personendaten – einschliesslich medizinischer Daten – zum Zweck der Vertrags-, Leistungs- und Regressabwicklung bearbeiten.
- Soweit erforderlich oder soweit sie dazu gesetzlich verpflichtet ist, darf Pax zu denselben Zwecken sämtliche Personendaten – einschliesslich medizinischer Daten – bekannt geben an Behörden, Vorsorgeeinrichtungen, Mit-, Vor-, Rück- und Sozialversicherer (z. B. Ausgleichskassen, Sozialversicherungsanstalten, IV-Stellen, Unfall- und Krankenversicherer etc.) sowie an haftpflichtige Dritte bzw. deren Haftpflichtversicherer im In- und Ausland.

- Pax darf zu denselben Zwecken Personendaten – einschliesslich medizinischer Daten – bei oben genannten Personen, Versicherern und Stellen sowie bei involvierten Medizinal- und deren Hilfspersonen einholen und bearbeiten. Zu diesem Zweck entbinden die Unterzeichnenden diese von ihrer Geheimhaltungs- und Schweigepflicht.
- Pax darf zur Bearbeitung des Leistungsfalles sowie der Regressabwicklung externe Stellen beiziehen und diesen die notwendigen Auskünfte und sämtliche Personendaten – einschliesslich medizinischer Daten – bekannt geben. Dabei werden die gesetzlichen Datenschutzvorschriften beachtet und die externen Stellen auf deren Einhaltung verpflichtet.

8. Unterschriften

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort/Datum

**Vorname/Name
in Blockschrift**

Unterschrift

Versicherungsnehmer

Ort/Datum

**Vorname/Name
in Blockschrift**

Unterschrift

**versicherte Person
(falls nicht identisch mit
Versicherungsnehmer)**



Angaben zur Auszahlung

Private Vorsorge

Versicherungsnehmer

Vorname

Name

Geburtsdatum

Policen-/Antrags-Nr.

Die anspruchsberechtigte Person ist eine:

Natürliche Person

**Juristische Person, Einzelfirma oder
Kollektiv-/Kommanditgesellschaft**

Vorname

Firmenname

Name

Gründungsdatum

Geburtsdatum

Domiziladresse

Nationalitäten (alle)

PLZ/Ort

Wohnsitzadresse

Land

PLZ/Ort

Land

Kontoangaben

Ich wünsche die Auszahlung auf folgendes Konto:

Kontoinhaber

IBAN (Postkonto-Nr.)

Name der Bank

IBAN (Bankkonto-Nr.)

BIC/SWIFT



Meldepflicht bei Renten- und Kapitalleistungen

Übersteigt die Auszahlung aus einer Versicherungspolice CHF 500.00 im Jahr (Rente) bzw. CHF 5'000.00 (Kapitalleistung), sind wir verpflichtet, unsere Zahlungen der Eidgenössischen Steuerverwaltung zu melden. Die Meldepflicht besteht nur, wenn der Anspruchsberechtigte in der Schweiz wohnhaft ist, bzw. statutarischen Sitz hat.

Sie können uns vor der Auszahlung schriftlich mitteilen, dass die Meldung an die Eidgenössische Steuerverwaltung zu unterbleiben hat. In diesem Falle wird von allen meldepflichti-

gen Renten 15 Prozent resp. von allen Kapitalleistungen 8 Prozent abgezogen. Diese Beträge werden anonym weitergeleitet. Einkommens- und Vermögenssteuern sind mit dem Verrechnungssteuerabzug nicht abgegolten.

Die Rückerstattung der Verrechnungssteuer kann bei der Eidgenössischen Steuerverwaltung beantragt werden. Der Anspruch auf Rückerstattung erlischt, wenn der Antrag nicht innert drei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Versicherungsleistung erbracht worden ist, gestellt wird.

Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort/Datum

**Vorname/Name
in Blockschrift**

Unterschrift

Versicherungsnehmer

