Pax
Aeschenplatz 13, 4002 Basel

Antrag auf Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit
Private Vorsorge

1. Versicherte Person

Vorname		**Name**	
Strasse/Nr.		**PLZ/Ort**	
Geburtsdatum		**Sozialversicherungs-Nr. (AHV-Nr.)**	
Telefon-Nr.		**E-Mail**	
Policen-Nr.			

2. Angaben zum Leistungsfall

2.1 Angaben Krankheit:

Krankheit seit

Arbeitsunfähigkeit seit

Genaue Beschreibung der Art der Erkrankung, Diagnose

2.2 Angaben Unfall: ☐ Unfall ☐ Verkehrsunfall

Unfalldatum

Arbeitsunfähigkeit seit

Genaue 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

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
%		
%		

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

			Wenn ja, von	bis
2.7 Waren Sie deshalb auch arbeitsunfähig?	☐ Ja	☐ Nein		

3. Berufliche Angaben

3.1 Allgemeine Angaben

Arbeitgeber		**Datum Eintritt**	
Strasse/Nr.		**Beschäftigungsgrad**	%
PLZ/Ort		**Jahreslohn**	CHF

Erwerbsart

☐ Angestellt ☐ Selbständig ☐ In Ausbildung ☐ Nicht erwerbstätig

☐ Pensioniert ☐ Arbeitslos ☐ Befristet / temporär angestellt ☐ Hausmann/Hausfrau

Bezeichnung der beruflichen Tätigkeit

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

Wurde das Arbeitsverhältnis infolge der Arbeitsunfähigkeit gekündigt? ☐ Ja ☐ Nein

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

			Wenn ja, Beschäftigungsgrad
3.3 Sind Sie auch bei anderen Arbeitgebern tätig?	☐ Ja	☐ Nein	%
			Wenn ja, Grad Arbeitsunfähigkeit
Sind Sie auch in dieser Tätigkeit arbeitsunfähig?	☐ Ja	☐ Nein	%

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

Wenn ja, Name/Adresse behandelnder Arzt

4. Weitere Angaben

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

	Name/Adresse
Krankentaggeldversicherung	
Unfallversicherung	
Militärversicherung	
Berufliche Vorsorge	

Andere Versicherung

Name/Adresse

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 **Versicherten-Nr.** **seit**

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. Informationen zur Bearbeitung von Personendaten durch Pax finden sich in der Datenschutzerklärung unter www.pax.ch/datenschutz.

7.1 Ich bin damit einverstanden, dass das vorliegende, von mir im Rahmen meiner privaten Vorsorge ausgefüllte Formular auch an meine berufliche Vorsorge bei Pax weitergegeben wird. Dies zum Zweck der Vereinfachung meines Leistungsantrags in meiner 2. Säule. Die Geschäftsstelle meiner beruflichen Vorsorge wird mich daraufhin direkt kontaktieren. ☐ Ja ☐ Nein

8. Unterschriften

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

Ort/Datum		**Unterschrift Versicherungsnehmer**	
Vorname/Name in Blockschrift			
Ort/Datum		**Unterschrift versicherte Person (falls nicht identisch mit Versicherungsnehmer)**	
Vorname/Name in Blockschrift			

0416/LSPV/05.2025