



Fragebogen zur Klärung des Anspruches auf Leistung wegen Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit

Rücksendung per Fax oder eingescannt per Email an: **leistung@lla-group.com** oder Fax **+423 265 34 41**

Wichtiger Hinweis:

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen wahrheitsgemäß und ausführlich. Dies ermöglicht unserer Gesellschaft eine sachgerechte Entscheidung über Ihren Leistungsantrag und verkürzt die Dauer der Leistungsbearbeitung.

Versicherungs-Nr.

Versicherte Person (VP)

Frau Herr Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort, Land

Telefon/Telefax-Nummer privat

E-mail

I ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

1. Wegen welcher Gesundheitsstörungen (Beschwerden, Erkrankungen, Verletzungen) stellen Sie den Antrag auf Anerkennung von Versicherungsleistungen wegen Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit?

Art der Gesundheitsstörung

besteht seit:

Bitte reichen Sie uns darüber alle Ihnen vorliegenden ärztlichen Unterlagen ein.

Haben Sie sich die beschriebenen Gesundheitsstörungen durch einen Unfall zugezogen?

Ja Nein

Wenn ja, wann, wie und wo ereignete sich der Unfall?

Welche Polizeidienststelle und welche Staatsanwaltschaft haben den Unfall aufgenommen bzw. bearbeitet?

Polizeidienststelle Anschrift/Aktenzeichen

Staatsanwaltschaft Ort/Aktenzeichen

Welchem Unfallversicherer wurde der Unfall gemeldet? (Anschrift/ Aktenzeichen)
(Legen Sie bitte eine Kopie der Unfallanzeige bei.)



2. Seit wann sind Sie auf Grund Ihrer Gesundheitsstörungen nicht mehr in der Lage, Ihrer beruflichen Tätigkeit in vollem Umfange nachzugehen?

seit dem

Waren oder sind Sie deswegen auch arbeitsunfähig geschrieben?

Nein Ja

und zwar: % von: bis:

Name und Anschrift des krankschreibenden Arztes

3. Von welchen Ärzten wurden Sie wegen Ihrer Gesundheitsstörungen ZUERST behandelt?

Name/Anschrift/Fachgebiet des
jeweiligen Arztes

weswegen?

wann erstmals?

4. Von welchen Ärzten werden Sie wegen Ihrer Gesundheitsstörungen DERZEIT behandelt?

Name/Anschrift/Fachgebiet des
jeweiligen Arztes

weswegen?

wann erstmals?

5. Welche ärztlichen Maßnahmen (Untersuchungen, Behandlungen, Krankenhausaufenthalte, Heilverfahren, Therapien usw.) wurden auf Grund der Gesundheitsstörungen, wegen derer Sie den Antrag auf Leistungen gestellt haben, durchgeführt?

Maßnahmen

Wann?

durch wen?

6. Welche ärztlichen Maßnahmen (Untersuchungen, Behandlungen, Krankenhausaufenthalte, Heilverfahren, Therapien usw.) sind aufgrund der Gesundheitsstörungen, wegen derer Sie den Antrag auf Leistungen gestellt haben, noch vorgesehen?

Maßnahmen

Wann?

durch wen?



7. Von welchen Ärzten, Krankenhäusern, Sanatorien oder Kuranstalten wurden Sie in den letzten 5 Jahren vor Vertragsabschluss wegen anderer als den unter Frage 1 beschriebenen Gesundheitsstörungen untersucht, beraten oder behandelt?

Name/Anschrift/Fachgebiet des
jeweiligen Arztes

weswegen?

wann erstmals?

II. ANGABEN ZUM ZULETZT VOR EINTRITT DER ERWERBS- BZW. BERUFSUNFÄHIGKEIT AUSGEÜBTEN BERUF

1. Fragen zu Ihrer Ausbildung

a) Welche abgeschlossene Schulbildung haben Sie?

b) Haben Sie ein Studium abgeschlossen?

c) Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?

d) Welche sonstigen Fähigkeiten/ Kenntnisse haben Sie sich angeeignet (z.B. Lehrgänge, Weiterbildung etc.)?

2. Welche Tätigkeiten haben Sie in den letzten 10 Jahren ausgeübt? Bitte den beruflichen Werdegang in zeitlicher Reihenfolge schildern.

berufliche Tätigkeit

von - bis

Arbeitgeber/Anschrift

3. Welche berufliche Stellung hatten Sie unmittelbar vor Eintritt Ihrer Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit?

a) Arbeiter/Arbeiterin

b) Angestellter/Angestellte

c) Student/Studentin

d) Auszubildender/Auszubildende

e) Hausfrau/Hausmann

f) Selbständiger/Selbständige (Betriebs-/Geschäftsinhaber/Unternehmer/Gesellschafter-Geschäftsführer o.ä.)

g) Arbeitsloser/Arbeitslose seit dem

h) keine, ich bin aus dem Berufsleben ausgeschieden



4. Welchen Beruf haben Sie unmittelbar vor Eintritt ihrer Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit ausgeübt?

Zuletzt ausgeübter Beruf

Als Arbeitnehmer/in bei (Name/Anschrift)

In welcher Branche?

Diesen Beruf übte ich seit _____ aus.
Welchen Beruf haben Sie erlernt?

5. Welche durchschnittliche Arbeitszeit haben Sie an einem gewöhnlichen Arbeitstag für die Verrichtung Ihrer zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeiten benötigt?

Arbeitsstunden pro Arbeitstag: _____ Arbeitstage pro Woche: _____

6. Üben Sie Ihren bei Eintritt der Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit ausgeübten Beruf heute noch aus?

Nein Ja

Wenn ja, in welchem Umfange?:

Durchschnittliche Stundenzahl pro Arbeitstag pro Woche:

Arbeitstage pro Woche

7. Beabsichtigen Sie, Ihren bei Eintritt der Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit ausgeübten Beruf wieder aufzunehmen?

a) Nein b) voraussichtlich ja, und zwar in vollem Umfange c) teilweise

Wenn ja, wann voraussichtlich

8. Üben Sie eine derzeit andere berufliche Tätigkeit aus

Nein Ja

Wenn ja, seit wann? Welche andere Tätigkeit?

9. Besteht die Aussicht zur Aufnahme einer anderen beruflichen Tätigkeit?

Nein Ja

Wenn ja, ab wann? Welche andere Tätigkeit?

10. Sind zur Wiedererlangung Ihrer Berufsfähigkeit Qualifizierungsmaßnahmen vorgesehen?

Nein Ja und zwar:

Qualifizierungsmaßnahme von - bis Arbeitgeber/Anschrift



IV. FRAGEN ZUM EINKOMMEN

1. Wie hoch war Ihr Bruttoeinkommen (Arbeitseinkommen) in den letzten drei Jahren vor Eintritt Ihrer Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit?

Das Einkommen betrug im Jahre _____ CHF/EUR
 _____ im Jahre _____ CHF/EUR
 _____ im Jahre _____ CHF/EUR

(Im Zweifelsfall behalten wir uns vor, Einkommensnachweise einzuholen)

2. Wie hoch ist Ihr derzeitiges Bruttoeinkommen (Arbeitseinkommen)?

Ich beziehe kein Arbeitseinkommen, da ich keine berufliche Tätigkeit ausübe

Mein derzeitiges AHV-pflichtiges Einkommen beträgt _____ CHF/EUR, mtl./ _____ CHF/EUR jährlich
 (bitte legen Sie einen aktuellen Lohnausweis bei)

V. FRAGEN ZUM VERSICHERUNGSSCHUTZ

1. Beziehen Sie von Ihrer Sozialversicherung eine Rente wegen Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit?

- a) Nein:
- b) Der Rentenanspruch wurde von der Sozialversicherung abgelehnt (bitte Kopie des Ablehnungsbescheides beifügen)
 Nein Ja

Haben Sie hiergegen Widerspruch erhoben?

Wenn nein, weshalb nicht:

Nein Ja

c) Werden Sie noch einen Rentenanspruch stellen?

Ja

d) Ja, ich beziehe Rente (Bitte fügen Sie den vollständigen ersten Rentenbescheid und den letzten Anpassungsbescheid in Kopie bei.)

Es wurde ein EU/BU-Grad von _____ % anerkannt.

Mein Sozialversicherungsträger ist:
Name/Anschrift

Versicherungs-Nr.

VI. BEHANDELNDE ÄRZTE

Welche Hausärzte betreuen Sie bzw. haben Sie betreut? (Name/Anschrift des Arztes; seit wann)



Welche Ärzte können am besten über Ihren Gesundheitszustand Auskunft geben? (Name/Anschrift des Arztes; seit wann)

VII. WICHTIGE HINWEISE UND ERKLÄRUNGEN

Bitte kontrollieren Sie vor Absendung des ausgefüllten und unterschriebenen Fragebogens, ob Sie alle notwendigen Unterlagen und Nachweise beigefügt haben.

Folgende Unterlagen lege ich diesem Schreiben bei:

Alle verfügbaren ärztlichen Unterlagen zur Krankengeschichte

Ärztliche Bescheinigungen/Berichte über die zur Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit führenden Gesundheitsstörungen

Bei Unfall alle verfügbaren Unterlagen über den Unfallhergang, Kopie der Unfallanzeige an die zuständige Unfallversicherungsgesellschaft

Einen aktuellen Lohnnachweis

Einkommensteuerbescheide der letzten 3 Jahre

Nachweis über Grad der Behinderung

Nachweis über Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit

Umschulungsbescheid

Rentenbescheide und letzten Anpassungsbescheid

Schwerbehinderten- bzw. Invalidenausweis

Sonstiges (ggfs. ergangener Bescheid des Versorgungsamtes, etc.):



VIII. SCHLUSSEKLRÄRUNG DES VERSICHERUNGSNEHMERS/ DER VERSICHERTEN PERSON

Ich bestätige, dass ich die voranstehenden Fragen richtig und vollständig beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruches auf Versicherungsschutz führen.

Im Falle der Anerkennung der Leistungspflicht wünsche ich die Überweisung der wegen Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit fälligen Versicherungsleistungen auf folgendes Konto:

Kontoinhaber

Geldinstitut

IBAN

BIC

Sofern der Arbeitgeber Versicherungsnehmer ist, muss er die Überweisungsanschrift durch Unterschrift und Firmenstempel bestätigen.

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Ort, Datum

Unterschrift und ggf. Firmenstempel des Versicherungsnehmers



VIII. EINWILLIGUNG IN DIE ERHEBUNG UND VERWENDUNG VON GESUNDHEITSDATEN UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Versicherte Person:

Anschrift:

Leistungssache / Versicherungs-Nr.:

Ich ermächtige die

Liechtenstein Life Assurance AG, Industriering 37, LI-9491 Ruggell

von allen Ärzten, Krankenhäusern und Krankenanstalten, bei denen ich wegen der Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit in Behandlung war oder sein werde, sowie von Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträgern, Behörden und derzeitigen und früheren Arbeitgebern sachdienliche Auskünfte einzuholen. Diese entbinde ich hiermit ausdrücklich von Ihrer Schweigepflicht. Insbesondere bin ich damit einverstanden, dass der Liechtenstein Life Assurance AG Behandlungszeiträume, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Diagnosen, Therapien, Namen und Anschriften der behandelnden Ärzte und Krankenhäuser sowie Ergebnisse von Untersuchungen und Gutachten bekanntgegeben werden. Mir ist bekannt, dass die Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgegeben wird und jederzeit widerrufen werden kann.

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person