

## Bericht der versicherten Person zur Arbeits- / Erwerbsunfähigkeit

Versichertennummer	
Fallnummer	

### 1. Personendaten

Name und Adresse	
Geburtsdatum	
Ihr Telefon	
Ihre E-Mail	
Erlerner Beruf	
Ausgeübter Beruf	
Krankenversicherer (Name, Adresse)	
Krankentaggeldversicherer (Name, Adresse)	
Unfallversicherer (Name, Adresse)	

### 2. Bei Krankheit ausfüllen

Bezeichnung der Krankheit	
Seit wann haben Sie Beschwerden?	
Haben Sie schon früher an dieser Krankheit gelitten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Falls ja, seit wann?	

### 3. Bei Unfall ausfüllen

Datum, Zeit und Ort des Unfalles	
Ursache und Hergang?	
Wer ist der Unfallverursacher? Bitte geben Sie Name, Adresse und Haftpflichtversicherung an.	
Gibt es einen Polizeirapport?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Falls ja, bei welcher Polizeistelle?	
Art Ihrer Verletzung	

Art Ihrer körperlichen  
Beeinträchtigung

#### 4. In allen Fällen ausfüllen

Wann haben Sie erstmals einen Arzt/Spital aufgesucht? am  um  Uhr

Name (Abteilung) und Adresse

Bei welchem Arzt stehen Sie jetzt in Behandlung/Kontrolle?

Name (Abteilung) und Adresse

Weitere konsultierte oder zugezogene Ärzte?

Name (Abteilung) und Adresse

Krankheiten und Unfälle der letzten 5 Jahre:

Bezeichnung	Wann	Name und Adresse des Arztes

#### 5. Unmittelbar vor Beginn der Arbeits- / Erwerbsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit

Tätigkeit / Branche

Stellung in der Firma

Beginn des Arbeitsverhältnisses

Anstellung in Prozent

Ist das Arbeitsverhältnis gekündigt?

ja

nein

Falls ja, per wann?

Wie ist Ihre berufliche Tätigkeit  
eingeschränkt?

Wo werden Sie gepflegt?

Name (Abteilung) und Adresse

Waren Sie vor dieser Erkrankung oder diesem Unfall vollständig  
arbeits-/ erwerbsunfähig?

ja

nein

Falls nein,

Dauer von bis

Umfang in Prozent

Dauer von bis

Umfang in Prozent

## 6. Versicherungsfragen

Sind Sie versichert gegen Unfall?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Falls ja, bei wem?		
Sind Sie versichert gegen Krankheit?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Falls ja, bei wem?		
Besitzen Sie noch andere Lebensversicherungen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Falls ja, bei wem?		
Sind Sie angemeldet bei? Bitte Kopie der Unterlagen (Taggeldentscheid, Verfügung etc.) beilegen.	<input type="checkbox"/> Unfallversicherer (UVG)	<input type="checkbox"/> Invalidenversicherung (IV)
	<input type="checkbox"/> Militärversicherung (EMV)	<input type="checkbox"/> Arbeitslosen (ALV)
Beziehen Sie schon Leistungen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Falls ja, seit wann?		
welchen Betrag pro Tag?		
Ist eine Wiedereingliederung geplant?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Falls ja, ab wann?		
bis wann?		
Werden Sie voraussichtlich wieder eine Tätigkeit aufnehmen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Falls ja, wann?		
zu wieviel %?		
Erzielen Sie aktuell ein Erwerbseinkommen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Falls ja, aus welcher Tätigkeit?		
zu wieviel %?		
In welchem monatlichen Betrag?		
Bei welchem Arbeitgeber sind Sie angestellt?		
Name und Adresse		

---

### 7. Gewünschte Zahlstelle

IBAN

Kontoinhaber

Adresse Kontoinhaber

---

Handelt es sich um ein Konto im Ausland? Dann füllen Sie bitte auch die folgenden Zeilen aus.

Bei einem ausländischen Konto beginnt die IBAN **nicht** mit "CH".

BIC

Bankname und Adresse

---

### 8. Bemerkungen

---

### 9. Entbindung ärztliche Schweigepflicht

Die unterzeichnende Person ermächtigt die Basler Leben AG zur Prüfung ihres Versicherungsfalles ihre Person betreffende Daten zu bearbeiten, zu koordinieren und auszutauschen.

Die Basler Leben AG kann insbesondere:

- Daten an andere Beteiligte (medizinische Leistungserbringer, Sozial- und Privatversicherer, Vorsorgeeinrichtungen, Amtsstellen, Case-Manager) zur Datenbearbeitung übermitteln;
- bei medizinischen Leistungserbringern (Ärzten, Chiropraktoren, Psychologen, Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, Laboratorien, Spitälern, Rehabilitationskliniken, Einrichtungen zur teilstationären oder ambulanten Krankenpflege, Pflegeheimen), Sozial- (AHV, IV, UVG- und KVG-Versicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenversicherung) und Privatversicherern, Vorsorgeeinrichtungen, Amtsstellen, Arbeitgebern sowie anderen Auskunftspersonen sachdienliche Informationen einholen sowie in deren Akten Einsicht nehmen.

Die unterzeichnende Person ermächtigt die betreffenden Personen und Institutionen sowie die Basler Leben AG auf Anfrage die zur Prüfung und Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Daten bekannt zu geben und entbindet sie zu diesem Zweck von ihrer Geheimhaltungspflicht.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person