



Versicherungen

1. Bitte drucken Sie das anliegende Formular aus und schicken es befüllt und unterschrieben mit den angeforderten Belegen zurück an:

ACM Versicherungen

Schutz Leistungsservice

Postfach 17 11

77607 Offenburg

Zur Leistungsprüfung reichen Sie uns bitte folgende Unterlagen in Kopie ein:

- beigefügte Formulare ausgefüllt und unterschrieben:
 - Fragebogen Arbeitsunfähigkeit
 - Arztfragebogen
- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ab dem ersten Tag (Erst- und Folgebescheinigung)
- alternativ Auflistung der Arbeitsunfähigkeitszeiten von der Krankenkasse ausgestellt
- sofern zutreffend: Kopien der Ihnen vorliegenden fachärztlichen Unterlagen (z.B. Befunde, Krankenhausentlassungsberichte)

2. Nach erfolgter Prüfung werden wir Sie informieren.



Versicherungen

FRAGEBOGEN ARBEITSUNFÄHIGKEIT

(SELBSTAUSKUNFT)

Name des Versicherungsnehmers: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Kontakt E-Mail oder Tel.: _____

Produktname: _____

Versicherungsscheinnummer: _____

Beruf: _____

Berufsstatus: selbstständig/freiberuflich

angestellt

z.Zt arbeitslos

Zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit (Bitte beschreiben Sie uns einen typischen Arbeitstag im Detail, damit wir ein Bild davon bekommen, wie Ihre berufliche Situation ist.):

Erster Tag der Arbeitsunfähigkeit: _____.____.20____

Letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit: _____.____.20____

Worauf ist die Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen? (Bitte Diagnose angeben)

Wenn die Arbeitsunfähigkeit auf einen Unfall zurückzuführen ist:

Unfall

Wegeunfall (beteiligt als:

Arbeitsunfall

Fahrer

Freizeitunfall

Insasse

Sportunfall

Fußgänger

sonstiges _____)

sonstiges _____

Name und Anschrift des behandelnden Arztes:

Wurden Sie schon einmal wegen dieser oder einer ähnlichen Erkrankung behandelt?

Ja Nein

Anamnese/Vorgeschichte: (Zutreffendes bitte eintragen und Nachweise beilegen)

Welche Ärzte wurden wegen der Erkrankung in Anspruch genommen?

Name	Adresse	Patient seit	Fachrichtung

Wer ist Ihr aktueller Hausarzt? (Name und Adresse)

Patient seit _____ . _____ . 20 _____

Erhalten Sie eine gesetzliche oder private Rente (Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, sonstige Rente)?

Nein Ja (bitte entsprechende Unterlagen beifügen)

Ich bestätige, dass ich die Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsleistungen führen bzw. ich bereits erhaltene Versicherungsleistungen zurückzahlen muss.

(Ort, Datum)

Unterschrift der versicherten oder
bevollmächtigten Person