



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 Berufsunfähigkeit
 - Arztfragebogen
 - Reha-Bericht mit Angabe über den gesundheitlichen Status
- sofern zutreffend:
 - Pflegegutachten mit Befunderhebung
 - Nachweis über eine Patientenverfügung
 - Vollmacht oder Nachweis über die Bevollmächtigung
 - Nachweis über eine Patientenverfügung
 - anderer ärztlicher Nachweis mit Angabe der Diagnose

2. Nach erfolgter Prüfung werden wir Sie informieren.



Versicherungen

FRAGEBOGEN BERUFSUNFÄHIGKEIT

(SELBSTAUSKUNFT)

Name des Versicherungsnehmers: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Kontakt E-Mail oder Tel.: _____

Produktname: _____

Versicherungsscheinnummer: _____

1. Allgemeine Angaben

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

Berufsstatus: selbstständig/freiberuflich

angestellt

z.Zt arbeitslos

Erster Tag Ihrer Krankmeldung: ____ . ____ .20 ____

Erster Tag Ihrer Berufsunfähigkeit: ____ . ____ .20 ____

Letzter Tag der Berufsunfähigkeit: ____ . ____ .20 ____

Worauf ist die Berufsunfähigkeit zurückzuführen? (Bitte Diagnose angeben)

Wenn die Berufsunfähigkeit auf einen Unfall zurückzuführen ist:

Unfall

Wegeunfall (beteiligt als:

Arbeitsunfall

Fahrer

Freizeitunfall

Insasse

Sportunfall

Fußgänger

sonstiges _____)

sonstiges _____

2. Angaben zur medizinischen Behandlung

Name und Anschrift des behandelnden Arztes:

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

Nein Ja, und zwar: _____

2a. 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? (bitte Name und Adresse)

Weitere behandelnde Hausärzte im Zeitraum vom ____ . ____ .20 ____ bis aktuell? (bitte Name und Adresse)

Patient von ____ . ____ .20 ____ bis ____ . ____ .20 ____

2b. Zusätzliche Informationen zum Gesundheitsstatus

Erhalten Sie eine der gesetzlichen oder privaten Leistungen? Ja Nein

(Wenn ja, fügen Sie entsprechende Unterlagen bei)

Bitte ankreuzen:

Berufsunfähigkeitsrente

Erwerbsunfähigkeitsrente

Pflegegeld: Pflegegrad 1 2 3 4 5

sonstige Leistungen: _____

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