



AXA
 Badenerstrasse 549
 8048 Zürich
 Schweiz
<http://clp.partners.axa.ch/sinistres>
clp.ch.service@partners.axa
 Fax: 0848 000 425

Formular bitte einsenden oder an 0848 000 425 faxen

Schadenmeldung bei Schwerer Erkrankung

1. Einzureichende Unterlagen

Bitte reichen Sie nachfolgende Unterlagen zusammen mit dem ausgefüllten und unterzeichneten Schadenformular bei uns ein (bitte kreuzen Sie an, welche Unterlagen Sie beigefügt haben):

- Ärztliche Bescheinigung** (benutzen Sie bitte das beigefügte Formular)
- Bescheinigung der Krankenversicherung** über die Arbeitsunfähigkeitszeiten mit Diagnosen der letzten 3 Jahre vor Eintritt der Schweren Erkrankung
- Ärztliche Bescheinigung** (benutzen Sie bitte das beigefügte Formular)
- Medizinische Befunde** (evtl. vom Spital) bzw. **Entlassungsberichte**
- Kopie des **Versicherungsvertrages**/Beitrittserklärung zur Gruppenversicherung

WICHTIGE INFORMATION!

Ihren Anspruch auf Versicherungsleistung können wir nur prüfen, wenn Sie uns alle Unterlagen eingereicht haben. Eine Nichteinreichung führt zu einer Verzögerung der Bearbeitung und gegebenenfalls zu einer verspäteten Auszahlung.

2. Persönliche Daten

Frau Herr

Vorname

Name

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Beruf

Telefon/privat

Natel

3. Angaben zu Ihrem Versicherungsvertrag

Kreditgeber

Kreditkontonummer / Vertragsnummer

Vertragsbeginn gemäss Versicherungsbestätigung

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

4. Auszahlung der Versicherungsleistung

Sofern wir Ihren Schadenfall anerkennen, erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen an Ihren oben genannten Kreditgeber zur Abdeckung Ihrer Zahlungsverpflichtungen aus dem Kreditvertrag.

5. Angaben zu Ihrer Erkrankung

1.a) Grund der Anspruchserhebung

Herzinfarkt Irreversibles Nierenversagen
 Schlaganfall wesentliche Organtransplantation
 Krebs

b) Datum der Erstdiagnose

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

2.a) Name und Adresse des diagnostizierenden Arztes/
Krankenhauses

Name

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon



3. a) Wurden Sie schon einmal wegen dieser oder einer ähnlichen Erkrankung behandelt?

ja nein

b) Wenn ja, Zeitraum der Behandlung

von

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

bis

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

c) Name und Adresse des **Arztes**, der Sie in der Zeit **unter 3.b)** behandelt hat

Name

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon

4. a) Name und Adresse Ihrer **Hausärzte** während der letzten 3 Jahre

Name

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon

Name

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon

5. Name und Adresse Ihrer **Krankenversicherung**

Name

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon

6. a) Waren Sie in **stationärer Behandlung**?

ja nein

b) Zeitraum der Hospitalisation

von

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

bis

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

c) Name und Adresse des Spitals

Name

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon

d) Welcher Arzt hat die Einweisung veranlasst?

Name

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon



7.a) Welche **Medikamente** wurden verschrieben?

b) Beginn der Einnahme

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

c) Dosierung

6. Schlusserklärungen

Erklärung

Ich habe eine schwere Krankheit erlitten und beantrage die Versicherungsleistung gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Ich erkläre hiermit, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäss und vollständig beantwortet und nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich meine Ansprüche aus der Versicherung verliere und der Versicherer sich die Rückforderung gezahlter Leistungen vorbehält, wenn ich bewusst falsche Angaben gemacht habe.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG)

Ich willige ein, dass die Daten, die zur Abwicklung dieser Schadenfallmeldung erforderlich sind, von der Financial Insurance Company Limited (Teil von AXA), London, und deren Schwestergesellschaften bzw. Niederlassungen in der Schweiz, sowie in Ländern der Europäischen Gemeinschaft sowie des Europäischen Wirtschaftsraums erhoben, verarbeitet, übertragen und gespeichert werden. Darüber hinaus willige ich ein, dass diese Daten einschliesslich der hierzu geführten Korrespondenz bis hin zur abschliessenden Entscheidung über den Schadenfall an den bezugsberechtigten Kreditgeber weitergeleitet werden dürfen.

Schweigepflichtentbindung

Zum Zwecke der Prüfung der Leistungspflicht (inklusive Verifizierung der Aufnahmebedingungen) ermächtige ich AXA zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meinen Gesundheitszustand gemachten Angaben. Ebenso befreie ich hiermit Ärzte, Pflegepersonen, Mitarbeiter oder Beauftragte von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den im Leistungsfall vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Financial Insurance Company Limited (Teil von AXA), London, Zweigniederlassung Zürich



AXA
 Badenerstrasse 549
 8048 Zürich
 Schweiz
<http://clp.partners.axa.ch/sinistres>
clp.ch.service@partners.axa
 Fax: 0848 000 425

Formular bitte einsenden oder an 0848 000 425 faxen

Ärztliche Bescheinigung bei schwerer Erkrankung

1. Angaben über die versicherte Person

Frau Herr

Vorname

Name

Geburtsdatum

T	T
---	---

M	M
---	---

J	J	J	J
---	---	---	---

2. Auskünfte über die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person

1. Seit wann ist die versicherte Person Ihr Patient?

T	T
---	---

M	M
---	---

J	J	J	J
---	---	---	---

2.a) Durch welches Leiden wird die Arbeitsunfähigkeit verursacht (genaue Diagnose)?

b) Seit wann besteht dieses Leiden?

T	T
---	---

M	M
---	---

J	J	J	J
---	---	---	---

c) Wann fand die Erstkonsultation statt?

T	T
---	---

M	M
---	---

J	J	J	J
---	---	---	---

3.a) Wurde die versicherte Person bereits früher wegen des aktuellen Leidens oder ursächlich damit in Zusammenhang stehenden Leiden/Vorerkrankungen ärztlich beraten oder behandelt? ja nein

b) Wenn ja, wann?

T	T
---	---

M	M
---	---

J	J	J	J
---	---	---	---

4.a) Ist die Arbeitsunfähigkeit auf selbst zugeführte Verletzungen oder auf Selbstmordversuch, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch, psychische Probleme, Depressionen oder HIV-Infektion zurückzuführen? ja nein

b) Wenn ja, machen Sie bitte genaue Angaben:

5.a) Sind Ihnen andere Faktoren bekannt, die die Genesung beeinflussen könnten? ja nein

b) Wenn ja, welche?

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes mit Praxisstempel

Telefonnummer des Arztes

Wichtiger Hinweis: Eventuell entstandene Kosten für das Ausfüllen dieses Schadenfallformulars sind von der versicherten Person zu tragen und dieser in Rechnung zu stellen.