



AXA Partners  
 Berliner Str. 300  
 63067 Offenbach  
 Fax: 069 380 799 68  
 E-Mail: [clp.leistungsservice@partners.axa](mailto:clp.leistungsservice@partners.axa)  
<http://clp.partners.axa/de/leistungsfall>

Formular bitte per Post, Fax oder E-Mail zurücksenden

## Leistungsfallmeldung bei Arbeitsunfähigkeit

### Wichtige Hinweise

Mit diesem Formular melden Sie uns Ihren Leistungsfall, wenn Sie bei einer der folgenden Gesellschaften der AXA-Gruppe versichert sind:

- AXA France Vie S.A., Hauptniederlassung Frankreich, bzw. AXA France IARD S.A., Hauptniederlassung Frankreich  
Sitz (zugleich ladungsfähige Anschrift) für beide: 313 Terrasses de l'Arche, 92727 Nanterre Cedex, Frankreich.
- AXA France Vie S.A., Zweigniederlassung Deutschland, bzw. AXA France IARD S.A., Zweigniederlassung Deutschland  
Sitz (zugleich ladungsfähige Anschrift) für beide: Berliner Str. 300, 63067 Offenbach.

Die o.g. Versicherungsgesellschaften haben die AXA Partners S.A.S., Zweigniederlassung Deutschland, mit der Bearbeitung Ihrer Leistungsfallmeldung beauftragt. Die o.g. Versicherungsgesellschaften und die AXA Partners S.A.S., Zweigniederlassung Deutschland, werden in dieser Leistungsfallmeldung zusammen kurz als „**AXA**“ bezeichnet. AXA ist gemäß Artikel 6 Abs. 1 b) der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) berechtigt, Ihre personenbezogenen Daten zu verarbeiten, soweit dies zur Durchführung Ihres Versicherungsschutzes und zur Prüfung und Abwicklung dieser Leistungsfallmeldung notwendig ist. Im Falle von Gesundheitsdaten ist für die Datenverarbeitung gemäß Artikel 6 Abs. 1 a) DSGVO die Einwilligung der versicherten Person erforderlich. Unsere Datenschutzinformationen finden Sie im Internet unter <https://de.clp.partners.axa/datenschutz>. Auf Wunsch senden wir Ihnen die Datenschutzinformationen auch gerne per Post zu.

Bitte korrespondieren Sie zu Ihrem Versicherungsfall stets mit:

**AXA Partners S.A.S., Zweigniederlassung Deutschland, Berliner Str. 300, 63067 Offenbach**

### Bitte prüfen Sie vor der Abgabe Ihrer Leistungsfallmeldung

- **Ist Ihre Arbeitsunfähigkeit Folge eines Unfalls?** In diesem Fall füllen Sie bitte auch Punkt 4 vollständig aus und reichen Sie den Unfallbericht - sowie bei einem Arbeitsunfall zusätzlich den Bericht des Durchgangsarztes - ein.
- Beachten Sie bitte die **leistungsfreie Karenzzeit** von mindestens 42 Tagen. Für die Karenzzeit erfolgt keine Leistung, auch nicht rückwirkend. Sollte die Arbeitsunfähigkeit nicht länger als mindestens 42 Tage andauern, besteht kein Leistungsanspruch.
- Bei Anerkennung unserer Leistungspflicht erfolgt - **nach Ablauf der Karenzzeit** – die Abrechnung im Regelfall taggenau. Die Überweisung der ersten Leistung erfolgt in der Regel 30 Tage nach Ablauf der Karenzzeit. Die Leistung wird jeweils rückwirkend für den jeweiligen Zeitraum erbracht.
- Ist der Versicherungsfall vor **Beginn des Versicherungsschutzes** eingetreten, besteht kein Leistungsanspruch.
- Es gelten die jeweils vereinbarten **Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)**.

### Anleitung zur Geltendmachung von Leistungsansprüchen

**Schritt 1** Sie haben die Möglichkeit, uns den Leistungsfall online unter [clp.partners.axa/leistungsfall](http://clp.partners.axa/leistungsfall) zu melden.

Alternativ füllen Sie bitte die Leistungsfallmeldung vollständig aus und unterschreiben Sie diese auf Seite 4. Ohne Unterschrift können wir Ihren Antrag nicht bearbeiten.

**Schritt 2** Bitte fügen Sie die unter Punkt 5 aufgeführten Unterlagen bei und senden Sie diese zusammen mit der ausgefüllten Leistungsfallmeldung per Post, Fax oder E-Mail. Sollten Sie unseren Online-Kundenservice genutzt haben, können Sie die Unterlagen dort hochladen.

**Schritt 3** Zu Beginn der Bearbeitung Ihrer Leistungsfallmeldung legen wir eine Leistungsnummer fest. Diese teilen wir Ihnen schriftlich mit und werden sie auf allen Schreiben an Sie vermerken. Bitte verwenden Sie bei jeglichem Schriftwechsel mit uns generell diese Leistungsnummer, damit wir Unterlagen bzw. Dokumente entsprechend zuordnen können.

**Schritt 4** Nach Eingang aller erforderlichen Unterlagen werden wir diese unter Berücksichtigung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen prüfen und Sie innerhalb von 10 Kalendertagen über unsere Entscheidung schriftlich informieren, bzw. Ihnen einen Zwischenbescheid erteilen, falls wir weitere Unterlagen oder Dokumente von Ihnen benötigen.

Wenn wir Ihren Leistungsfall anerkennen, erhalten Sie schriftlich Informationen über die Höhe sowie über den Empfänger der Versicherungsleistung und die Zahlungszeiträume. Zusätzlich werden wir Sie darüber informiert, was Sie tun müssen, um weitere Leistungszahlungen zu erhalten.

Wenn wir Ihren Leistungsfall nicht anerkennen, werden wir Ihnen die Ablehnung ebenfalls in Schriftform begründen.

Bitte beachten Sie, dass wir einen Anspruch auf Versicherungsleistung nur prüfen können, wenn Sie uns **alle** Unterlagen und Dokumente zukommen lassen. Liegen uns diese nicht vor, führt dies zu einer verzögerten Bearbeitung, möglicherweise zu einer verspäteten Auszahlung der Versicherungsleistung oder gar zur Ablehnung. Wir werden fehlende Unterlagen bzw. Dokumente schriftlich bei Ihnen anfordern.

## 1. Angaben zur Person

Frau  Herr

Vorname

Geburtsdatum 

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

Name

Beruf

Straße/Nr.

Telefon (privat)



PLZ/Ort

Telefon (tagsüber)

Email

Wünschen Sie bei Leistungszahlungen monatlich eine SMS Benachrichtigung?

Ja  Nein

## 2. Angaben zu Ihrem Versicherungsvertrag

Haben Sie Ihre Versicherung im Zusammenhang mit einem **Darlehen**, einer **Kreditkarte** oder einer **Finanzierung** abgeschlossen?  Ja  Nein  
Falls JA, ergänzen Sie bitte Ihre Angaben unter Punkt 2A.

Oder handelt es sich um eine private Absicherung wie z. B. **Gehaltsschuttbrief** oder **Einkommenschutz**?  Ja  Nein  
Falls JA, ergänzen Sie bitte Ihre Angaben unter Punkt 2B.

## 2A. Angaben zu Ihrem Finanzierungsvertrag (sofern vorhanden)

Kreditgebende Bank

Konto- / Vertrags- / Versicherungsnummer

Kreditkartennummer, sofern es sich um eine Kreditkartenversicherung handelt

Vertragsbeginn (falls bekannt)

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

Sofern wir Ihren Leistungsanspruch anerkennen, erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen an Ihre Kreditgebende Bank zur Abdeckung Ihrer **Zahlungsverpflichtungen aus dem Kreditvertrag**.  
Verfügen Sie über weitere Verträge bei AXA? Wenn ja, listen Sie diese bitte hier auf, damit wir Ihren Leistungsanspruch auch bei diesen Verträgen prüfen können.

Kreditgebende Bank(en)

Kontonummer(n) / Vertragsnummer(n)

Vertragsbeginn (falls bekannt)

## 2B. Auszahlung der Versicherungsleistung

Wenn sie eine private Absicherung gegen Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit (z. B. **Gehaltsschuttbrief, Einkommenschutz**) abgeschlossen haben, werden wir die versicherte Leistung auf ein von Ihnen zu bestimmendes Konto überweisen. Bitte füllen Sie deshalb folgende Felder gut lesbar aus.

Versicherungsvertragsnummer

Kontoinhaber

Name der Bank

BIC

IBAN

## 3. Angaben zu Ihrer Arbeitsunfähigkeit

1.a) Auf welche Erkrankung ist Ihre Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen?

1.b) Tragen Sie hier den ersten Tag Ihrer Arbeitsunfähigkeit ein

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

2.a) Welcher Arzt hat diese Arbeitsunfähigkeit erstmals bescheinigt?

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort



2.b) Tragen Sie hier das Datum ein, an dem die zugrunde liegende Erkrankung erstmals festgestellt wurde

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

3) Wer ist derzeit Ihr behandelnder Arzt?

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

4.a) Haben Sie weitere Ärzte wegen des unter 1.a) genannten Leidens in Anspruch genommen? Welche?

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

4.b) Zeitraum der Behandlung

von 

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

bis 

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

5) Wer war Ihr Hausarzt vor Abschluss des Versicherungsvertrages?

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

6.a) Wer ist derzeit Ihr Hausarzt?

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

6.b) Seit wann sind Sie bei Ihrem Hausarzt in Behandlung?

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

#### 4. Bei Unfällen bitte zusätzlich ausfüllen

1) Datum, an dem sich der Unfall ereignet hat

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

Handelt es sich um einen Arbeitsunfall? Falls ja, fügen Sie bitte den Bericht des Durchgangsarztes bei.

2) Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen?

Ja  Nein

Falls ja, fügen Sie bitte den Polizeibericht bei

3) Wurde bei Ihnen eine Alkoholuntersuchung veranlasst?

Ja  Nein

Falls ja, was war das Ergebnis dieser Blutprobe?

4) Bitte schildern Sie den Unfall in eigenen Worten. Falls nötig, fügen Sie ein gesondertes Blatt bei



## 5. WICHTIG! Einzureichende Unterlagen

Bitte reichen Sie folgende Unterlagen zusammen mit der ausgefüllten und unterzeichneten Leistungsfallmeldung bei uns ein:

- ✓ Vollständig ausgefüllte und vom Arzt unterschriebene ärztliche Bescheinigung (Formular liegt der Leistungsfallmeldung bei)
- ✓ Bescheinigung der Krankenkasse / Krankenversicherung über die Arbeitsunfähigkeitszeiten der letzten 3 Jahre (mit Angabe der Diagnosen)
- ✓ Kopie medizinische Befunde / Entlassungsbericht(e) Krankenhaus - sofern vorhanden
- ✓ Nur bei Unfall: Kopie des Unfallberichtes
- ✓ Nur bei Arbeitsunfall: Kopie des Berichtes vom Durchgangsarzt

## 6. Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde, wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, benötigen wir Ihre Hilfe, denn wir können den geltend gemachten Anspruch nur prüfen, wenn wir über wahrheitsgemäße und vollständige Informationen verfügen. Nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sind wir verpflichtet, Sie auf Ihre Verpflichtungen (Obliegenheiten) im Versicherungsfall sowie auf die rechtlichen Folgen von Verletzungen dieser Obliegenheiten hinzuweisen. Lesen Sie hierzu bitte die nachfolgenden Informationen.

**Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten:** Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

**Leistungsfreiheit:** Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben, oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben. Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

**Hinweis:** Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

## 7. Schlusserklärungen

Ich bin arbeitsunfähig geworden und beantrage die Versicherungsleistung gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Ich erkläre hiermit, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe. Sollte ich vorsätzlich oder grob fahrlässig falsche Angaben gemacht haben, behält sich AXA vor, gezahlte Leistungen ganz oder teilweise zurückzufordern.

### Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindung

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Prüfung und Abwicklung Ihrer Leistungsfallmeldung erforderlich. Es steht Ihnen frei, diese nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft durch eine eindeutige Erklärung in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail) gegenüber AXA zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs wird hierdurch nicht berührt. Sollten Sie die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen nicht abgeben oder zu einem späteren Zeitpunkt widerrufen, kann sich die Prüfung und Abwicklung Ihrer Leistungsfallmeldung verzögern oder unter Umständen sogar unmöglich werden. Wenn Sie eine der folgenden Erklärungen zum jetzigen Zeitpunkt nicht abgeben möchten, streichen Sie diese bitte.

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten, einschließlich der Gesundheitsdaten, zur Prüfung und Abwicklung des angezeigten Leistungsfalls von AXA verarbeitet werden. Zu diesem Zweck stimme ich der „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ zu, die dieser Leistungsfallmeldung als Anlage beigefügt ist und gebe hiermit alle dort aufgeführten Erklärungen ab. Ich willige ferner ein, dass AXA diese Leistungsfallmeldung sowie die gesamte sich hieran ggf. anschließende Korrespondenz, bis zur abschließenden Leistungsentscheidung, an den Kredit- bzw. Leasinggeber weiterleitet, sofern dieser zugleich bezugsberechtigter Versicherungsnehmer ist.

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie uns im Rahmen Ihrer Leistungsfallmeldung gemacht haben. Hierzu sind wir auch auf Auskünfte von Dritten, z. B. von Ärzten, Behörden oder anderen Versicherern angewiesen. Um diese einholen zu können, benötigen wir Ihre nachfolgende Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht.

### Bitte entscheiden Sie sich durch Ankreuzen für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. AXA wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Dies gilt nicht für die von mir im Rahmen meines Leistungsantrags namentlich angegebenen Ärzte und sonstige Stellen, die zeitnah zu meinem Leistungsantrag befragt werden. Insoweit erkläre ich mich bereits jetzt mit einer Datenerhebung einverstanden, und es bedarf keiner gesonderten Unterrichtung.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich AXA bei jeder beabsichtigten Anfrage informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Mir ist bewusst, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zu Leistungsfreiheit von AXA führen kann, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Ort, Datum



\_\_\_\_\_

Unterschrift der versicherten Person



\_\_\_\_\_



## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), der EU Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherer. Um Ihre Gesundheitsdaten im Rahmen Ihres Versicherungsverhältnisses erheben und verwenden zu dürfen, benötigt AXA daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt AXA Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten auch im Leistungsfall bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Versicherungsunternehmen benötigt AXA Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass Sie bei AXA versichert sind, an andere Stellen, z.B. externe Post- oder Assistance-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsverhältnisses im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages erforderlich. Es steht Ihnen frei, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft durch eine eindeutige Erklärung in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail) gegenüber AXA zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs wird hierdurch nicht berührt. Sollten Sie die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen nicht abgeben oder zu einem späteren Zeitpunkt widerrufen, können Sie voraussichtlich nicht (mehr) versichert werden, weil Ihr Versicherungsschutz im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages in der Regel die Verarbeitung von Gesundheitsdaten notwendig macht. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch Ihren AXA-Versicherer (AXA France Vie S.A., Zweigniederlassung Deutschland und/oder AXA France IARD S.A., Zweigniederlassung Deutschland, beide Berliner Str. 300, D-63067 Offenbach, Deutschland) – wie in Ihrem Versicherungsschein ausgewiesen und nachfolgend zusammen kurz „AXA“ genannt – (siehe nachfolgende Ziffer 1.);
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (siehe nachfolgende Ziffer 2.);
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb von AXA (siehe nachfolgende Ziffer 3.) und
- wenn das Versicherungsverhältnis nicht zustande kommt (siehe nachfolgende Ziffer 4.).

Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch AXA finden Sie in der Datenschutzzinformation zu den AXA-Gruppenversicherungen, die Bestandteil Ihrer Vertragsunterlagen ist. Die Datenschutzzinformation kann auch im Internet unter <https://de.clp.partners.axa/datenschutz> eingesehen oder beim Kundenservice von AXA Partners, Berliner Str. 300, 63067 Offenbach, E-Mail: [clp.leistungsservice@partners.axa](mailto:clp.leistungsservice@partners.axa) angefordert werden.

### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch AXA

Ich willige ein, dass AXA die von mir in dem Antrag auf Versicherungsschutz bzw. in der Beitrittserklärung zum Gruppenversicherungsvertrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

#### 2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass AXA die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Befunde, Atteste, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstiger Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. AXA benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung wird im Leistungsfall unmittelbar vor der Leistungsprüfung von AXA eingeholt.

#### 2.2 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht im Todesfall

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es nach Ihrem Tod erforderlich sein, dass AXA die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. AXA benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für die Stellen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich willige für den Fall meines Todes ein, dass AXA - soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist - meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet. Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen und Behandlungen aus einem Zeitraum der letzten 12 Monate vor Antragstellung an AXA übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten durch AXA an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für AXA tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

### 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb von AXA

AXA verpflichtet die unter den nachfolgenden Punkten 3.1 bis 3.4 genannten Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.



### 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. AXA benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass AXA meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an AXA zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für AXA tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

### 3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

AXA führt eventuell bestimmte Aufgaben, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der AXA Unternehmensgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt AXA Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

AXA führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für AXA erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung beigefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter <https://de.clp.partners.axa/datenschutz> eingesehen oder beim Kundenservice von AXA Partners, Berliner Str. 300, 63067 Offenbach, E-Mail: [clp.leistungsservice@partners.axa](mailto:clp.leistungsservice@partners.axa) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt AXA Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass AXA meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie AXA dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der AXA Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann AXA Rückversicherer einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich der Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass AXA Ihre Anmeldeerklärung oder Ihren Leistungsantrag dem Rückversicherer vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer AXA aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherer die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob AXA das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Versicherungsverhältnisse und Anmeldeerklärungen im erforderlichen Umfang an Rückversicherer weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Versicherungsverhältnisse an Rückversicherer weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudoanonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer werden Sie durch AXA unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherer übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für AXA tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

AXA gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihr Versicherungsverhältnis Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen Sie einen Versicherungsvertrag abschließen können.

Der Vermittler, der Ihr Versicherungsverhältnis vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt Ihr Versicherungsverhältnis zustande kam. Auch im Falle einer Ablehnung eines Leistungsantrags können Gesundheitsdaten oder nach § 203 StGB geschützte Daten an den Vermittler weitergegeben werden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Daten zu Ihrem Versicherungsverhältnis mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass AXA meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.





#### 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn das Versicherungsverhältnis nicht zustande kommt

Kommt Ihr Versicherungsverhältnis nicht zustande, kann AXA Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut versichert werden wollen, speichern. AXA speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherer beantworten zu können. Ihre Daten werden bei AXA bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der beantragten Anmeldung gespeichert.

Im Falle einer Ablehnung einer Anmeldeerklärung können Gesundheitsdaten oder nach § 203 StGB geschützte Daten an den Versicherungsnehmer bzw. Vermittler weitergegeben werden.

Ich willige ein, dass AXA meine Gesundheitsdaten - wenn das Versicherungsverhältnis nicht zustande kommt - für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der beantragten Anmeldung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

### Anlage zur Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

#### Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen

Liste der externen Stellen / Kategorien von Stellen, die für die AXA France Vie S.A., Zweigniederlassung Deutschland und AXA France IARD S.A , Zweigniederlassung Deutschland (zusammen kurz „AXA“) Gesundheitsdaten und nach § 203 StGB geschützte Daten erheben, verarbeiten und/oder nutzen:

##### Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags (Einzelbenennung):

Unternehmen	Anschrift	Übertragene Aufgabe
AXA Partners S.A.S.	Berliner Str. 300, 63067 Offenbach	Vertragsverwaltung, Kundenservice, Bearbeitung von Leistungsfällen
APRIL Deutschland AG	Richard-Reitzner-Allee 1, 85540 Haar/München	Vertragsverwaltung, Kundenservice, Bearbeitung von Leistungsfällen
Deutsche Assistance Service GmbH	Hansa-Allee 199, 40459 Düsseldorf	Assistance-Dienstleistungen
CM Service	Paul-Gerhardt-Ring 70, 60528 Frankfurt a.M	Öffnen, Scannen und Bearbeiten der Ein- und Ausgangspost

##### Kategorien von Dienstleistern, bei denen Datenverarbeitung kein Hauptgegenstand des Auftrags ist:

Unternehmen	Übertragene Aufgabe
Medizinische Gutachter	Unterstützung bei der Beurteilung von Leistungsfällen
Rechtsanwaltskanzleien	Beratung und Prozessvertretung
Externe Postkuriere	Abholung, Transport und Zustellung von Post
Entsorgungsunternehmen	Transport und Vernichtung von Akten und Datenträgern
Externe IT-Dienstleister	Wartung der IT-Systeme

\* \* \*



## Online Kundenservice

### für Leistungsfälle bei Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit

<b>Leistungsfälle melden</b>	unkompliziert und sicher online <a href="http://clp.partners.axa/de/leistungsfall">http://clp.partners.axa/de/leistungsfall</a>
<b>Bearbeitung</b>  <p>SIE REGISTRIEREN SICH IN IHREM PERSÖNLICHEN ONLINE-KONTO UND MELDEN IHREN LEISTUNGSFALL.</p> <p>LEISTUNGSANTRÄGE WERDEN INNERHALB 5 TAGEN NACH ERHALT ALLER UNTERLAGEN ENTSCHEIDEN.</p> <p>REICHEN SIE ZUSÄTZLICHE UNTERLAGEN ZUR IHREM LEISTUNGSFALL EIN.</p>	Von der Meldung des Leistungsfalles bis zur Zahlung Ihrer Versicherungsleistung  <p>LEISTUNGSANTRÄGE WERDEN INNERHALB VON 5 TAGEN NACH ERHALT ALLER UNTERLAGEN BEARBEITET.</p>
<b>Sie haben Fragen?</b>	Wir haben eine Hilfefunktion für Sie eingerichtet <a href="http://clp.partners.axa/de/leistungsfall/help">http://clp.partners.axa/de/leistungsfall/help</a>





Formular bitte per Post, Fax oder E-Mail zurücksenden

## Ärztliche Bescheinigung – vom Hausarzt auszufüllen

### 1. Angaben über die versicherte Person

Frau    Herr

Vorname       Geburtsdatum 

T	T
---	---

M	M
---	---

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

Name

### 2. Angaben zur Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person

1) Seit wann ist die versicherte Person Ihr Patient?

T	T
---	---

M	M
---	---

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

2) Welche Erkrankung hat die Arbeitsunfähigkeit verursacht (genaue Diagnose)?  
 Bitte geben Sie hier zusätzlich den ICD-Code an.

Falls die Arbeitsunfähigkeit durch mehr als eine Erkrankung verursacht wird, nennen Sie bitte die schwerwiegendste Diagnose zuerst.

3.a) Seit wann besteht die Arbeitsunfähigkeit?

T	T
---	---

M	M
---	---

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

3.b) Seit wann besteht dieses Leiden?

T	T
---	---

M	M
---	---

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

4) Wann wurde die versicherte Person erstmalig über die Diagnose informiert?

T	T
---	---

M	M
---	---

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

5) Wann kann die versicherte Person die Arbeit voraussichtlich wieder aufnehmen?

T	T
---	---

M	M
---	---

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

6.a) Welche Ärzten haben die versicherte Person wegen dieses Leidens noch behandelt?

Name

Strasse

PLZ/Ort

6.b) In welchem Zeitraum?

von 

T	T
---	---

M	M
---	---

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

bis 

T	T
---	---

M	M
---	---

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

7) Anamnese der Erkrankung  
 Falls Sie Kopien von Reha-, Konsiliar- oder Krankenhausberichten beifügen, aus denen die Angaben hervorgehen, können Sie an dieser Stelle auch auf diese verweisen.



8.a) Wurden Röntgenaufnahmen oder eine Kernspinnresonanztomographie veranlasst?

Ja  Nein

8.b) Falls ja, Datum der Untersuchung

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

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

Ja  Nein

9.b) Falls ja, Datum der Beratung / Behandlung

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

10.a) Ist die versicherte Person gesundheitlich in der Lage, eine andere berufliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung und ihrem bisherigen Lebensstandard entspricht?

Ja  Nein

10.b) Falls ja, ab welchem Datum?

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

11.a) Ist die Arbeitsunfähigkeit auf selbst zugeführte Verletzungen oder auf Selbstmordversuch, normale Schwangerschaft, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch, Sucht, psychische Probleme oder Depressionen zurückzuführen?

Ja  Nein

11.b) Falls ja, machen Sie bitte genaue Angaben

12.a) Sind Ihnen andere Faktoren bekannt, die die Genesung beeinflussen könnten?

Ja  Nein

12.b) Falls ja, welche?

**Nur auszufüllen, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde**

13.a) Bitte kreuzen Sie die Art des Unfalles an

Verkehrsunfall  Freizeitunfall  
 Arbeitsunfall

13.b) Wurde bei der versicherten Person eine Alkoholuntersuchung veranlasst?

Ja  Nein

13.c) Falls ja, was waren die Ergebnisse der Untersuchung?

**Ort, Datum**

**X** \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Arztes und Praxisstempel**

**X** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer des Arztes**

**X** \_\_\_\_\_

**Hinweis: Eventuell entstandene Kosten für das Ausfüllen dieser ärztlichen Bescheinigung sind laut der Allgemeinen Versicherungsbedingungen von der versicherten Person zu tragen und dieser in Rechnung zu stellen.**



Formular bitte per Post, Fax oder E-Mail zurücksenden

## Ärztliche Bescheinigung – vom behandelnden Arzt auszufüllen (falls nicht identisch mit dem Hausarzt)

### 1. Angaben über die versicherte Person

Frau  Herr

Vorname

Name

Geburtsdatum 

T	T
---	---

M	M
---	---

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

### 2. Angaben zur Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person

1) Seit wann ist die versicherte Person Ihr Patient?

T	T
---	---

M	M
---	---

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

2) Welche Erkrankung hat die Arbeitsunfähigkeit verursacht (genaue Diagnose)?  
 Bitte geben Sie hier zusätzlich den ICD-Code an.

Falls die Arbeitsunfähigkeit durch mehr als eine Erkrankung verursacht wird, nennen Sie bitte die schwerwiegendste Diagnose zuerst.

3.a) Seit wann besteht die Arbeitsunfähigkeit?

T	T
---	---

M	M
---	---

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

3.b) Seit wann besteht dieses Leiden?

T	T
---	---

M	M
---	---

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

4) Wann wurde die versicherte Person erstmalig über die Diagnose informiert?

T	T
---	---

M	M
---	---

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

5) Wann kann die versicherte Person die Arbeit voraussichtlich wieder aufnehmen?

T	T
---	---

M	M
---	---

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

6.a) Welche Ärzten haben die versicherte Person wegen dieses Leidens noch behandelt?

Name

Strasse

PLZ/Ort 

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

6.b) In welchem Zeitraum?

von 

T	T
---	---

M	M
---	---

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

bis 

T	T
---	---

M	M
---	---

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

7) Anamnese der Erkrankung

Falls Sie Kopien von Reha-, Konsiliar- oder Krankenhausberichten beifügen, aus denen die Angaben hervorgehen, können Sie an dieser Stelle auch auf diese verweisen.

Ja  Nein



8.a) Wurden Röntgenaufnahmen oder eine Kernspinnresonanztomographie veranlasst?

8.b) Falls ja, Datum der Untersuchung

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

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

Ja  Nein

9.b) Falls ja, Datum der Beratung/Behandlung

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

10.a) Ist die versicherte Person gesundheitlich in der Lage, eine andere berufliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung und ihrem bisherigen Lebensstandard entspricht?

Ja  Nein

10.b) Falls ja, ab welchem Datum?

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

11.a) Ist die Arbeitsunfähigkeit auf selbst zugeführte Verletzungen oder auf Selbstmordversuch, normale Schwangerschaft, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch, Sucht, psychische Probleme oder Depressionen zurückzuführen?

Ja  Nein

11.b) Falls ja, machen Sie bitte genaue Angaben

12.a) Sind Ihnen andere Faktoren bekannt, die die Genesung beeinflussen könnten?

Ja  Nein

12.b) Falls ja, welche?

**Nur auszufüllen, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde**

13.a) Bitte kreuzen Sie die Art des Unfalles an

Verkehrsunfall  Freizeitunfall  
 Arbeitsunfall

13.b) Wurde bei der versicherten Person eine Alkoholuntersuchung veranlasst?

Ja  Nein

13.c) Falls ja, was waren die Ergebnisse der Untersuchung?

**Ort, Datum**

**X** \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Arztes und Praxisstempel**

**X** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer des Arztes**

**X** \_\_\_\_\_

**Hinweis: Eventuell entstandene Kosten für das Ausfüllen dieser ärztlichen Bescheinigung sind laut der Allgemeinen Versicherungsbedingungen von der versicherten Person zu tragen und dieser in Rechnung zu stellen.**

AS-CLAIM-FORM 11\_2020