



Formular bitte einsenden oder an 0848 000 425 faxen

## Schadenmeldung bei Erwerbsunfähigkeit

### 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).

- Kopie der Verfügung der IV-Stelle über die Invalidität
- Kopie des Arztberichtes zur Entscheidung der IV-Stelle
- Kopie der 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 Erwerbsunfähigkeit

1.a) Grund der Erwerbsunfähigkeit

b) Beginn der Erwerbsunfähigkeit 

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

c) Letzter Arbeitstag 

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

2.a) Welcher Arzt hat Ihr unter Punkt 1a. angegebenes Leiden **zum ersten Mal** festgestellt?

Name

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

b) Zeitraum der Ersterkrankung

von 

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

bis 

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



3.a) Welche **anderen Ärzte** wurden wegen dem unter 1a. genannten Leiden in Anspruch genommen?

Name

Strasse/ Nr.

PLZ/Ort

Telefon

b) Zeitraum der weiteren Erkrankung

von 

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

bis 

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

4.a) Wer ist Ihr Hausarzt ?

Name

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

b) Seit wann sind Sie bei ihm in Behandlung?

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

## 6. Zusatzangaben bei Unfällen

1. Wann hat sich der Unfall ereignet?

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

2. Handelt es sich um einen Unfall, der durch eine Polizeibehörde aufgenommen wurde?

Ja  Nein **➡ Bitte reichen Sie uns den Polizeibericht umgehend ein!**

3.a) Wurde bei Ihnen eine Alkoholuntersuchung veranlasst?

Ja  Nein

b) Wenn ja, was war das Ergebnis der Blutprobe?

4. Unfallschilderung (bitte nicht nur auf polizeiliches Protokoll verweisen, ggf. auf separatem Blatt fortsetzen)

siehe beigefügtes Blatt

## 7. Schlusserklärungen

Ich bin erwerbsunfähig geworden und beantrage die Versicherungsleistung gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Ich erkläre hiermit, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass der Versicherer an den Vertrag nicht gebunden ist und gezahlte Leistungen ganz oder teilweise zurückzufordern kann, wenn ich Tatsachen, welche die Leistungspflicht des Versicherers ausschliessen oder mindern würden, zum Zwecke der Täuschung unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen oder die mir obliegenden Mitteilungen zum Zwecke der Täuschung zu spät oder gar nicht gemacht habe.

### Einwilligungsklausel nach dem Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG)

Ich willige ein, dass meine Personendaten, die zur Abwicklung dieser Schadenmeldung erforderlich sind, von AXA Versicherungen AG, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur und anderen Gesellschaften der AXA-Versicherungsgruppe (nachfolgend zusammen „AXA“ genannt) in der Schweiz und in Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums erhoben, verarbeitet, übertragen und gespeichert werden. Darüber hinaus willige ich ein, dass diese Personendaten, einschliesslich der hierzu geführten Korrespondenz, bis zur abschliessenden Entscheidung über den Schadenfall an meinen Kredit- bzw. Leasinggeber weitergeleitet werden dürfen, sofern dieser zugleich bezugsberechtigter Versicherungsnehmer ist.

### Schweigepflichtentbindung:

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

Ort, Datum

---

Unterschrift der versicherten Person

---