



# Schadenmeldung bei Arbeitsunfähigkeit

Bitte beachten Sie Folgendes vor dem Ausfüllen des Schadenformulars: Sie können uns Ihren Schadenfall auch online über unsere Website <http://clp.partners.axa.ch/schaden> melden und ihn danach online nachverfolgen. Wir nehmen Ihr ausgefülltes Schadenformular auch per Fax, E-Mail und auf dem Postweg entgegen.

## 1. Wichtige Hinweise

**Bitte prüfen Sie vor dem Ausfüllen des Schadenformulars folgende Fragen:**

**Bestand Ihre Arbeitsunfähigkeit bereits vor Versicherungsbeginn?**

Für eine Arbeitsunfähigkeit, die bereits vor Versicherungsbeginn bestand, besteht kein Versicherungsschutz.

**Wurde Ihre Erkrankung, die zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat, bereits vor Versicherungsbeginn behandelt?**

In diesem Fall liegt unter Umständen ein Ausschluss wegen Vorerkrankungen vor. Sind Sie sich unsicher, dann rufen Sie uns an.

**Leiden Sie an einer Erkrankung psychischer Natur?**

Eine Leistung ist nur möglich, wenn Ihnen die Arbeitsunfähigkeit von einem in der Schweiz niedergelassenen Psychiater bescheinigt wird.

**Wie war Ihr Arbeitsverhältnis zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit?**

Sollten Sie zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit nicht in einem bezahlten, unbefristeten und ungekündigten Arbeitsverhältnis mit der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) festgelegten Mindestanzahl Arbeitsstunden pro Woche stehen, besteht leider kein Versicherungsschutz.

## Was müssen Sie tun, um Schadenfallansprüche bei uns geltend zu machen?

**Schritt 1:** Bitte füllen Sie das Schadenformular vollständig aus und unterschreiben Sie es auf Seite 4.

**Schritt 2:** Bitte lassen Sie die beigefügte Arztmeldung von Ihrer behandelnden Hausärztin oder Ihrem behandelnden Hausarzt sowie gegebenenfalls von Ihrer Fachärztin oder Ihrem Facharzt ausfüllen und fügen Sie die Unterlagen dem Schadenformular bei.

**Schritt 3:** Bitte fügen Sie die unter Punkt 7 aufgeführten Dokumente ebenfalls bei und senden uns diese zusammen mit dem ausgefüllten Schadenformular zu.

Nach Eintreffen der Unterlagen erhalten Sie innerhalb von ein bis zwei Wochen unsere Entscheidung oder eine Zwischenmeldung. Sollten wir noch weitere Unterlagen oder Informationen von Ihnen benötigen, würden wir uns melden.

**Bitte beachten Sie, dass wir Ihren Anspruch auf Versicherungsleistung nur prüfen können, wenn Sie uns *alle* benötigten Unterlagen schicken. Eine Nichteinreichung führt zu einer Verzögerung der Bearbeitung und gegebenenfalls zu einer verspäteten Auszahlung. Über die obengenannte Website können Sie die Unterlagen kostenlos hochladen.**

## 2. Persönliche Daten

Frau     Herr

Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

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

Name

\_\_\_\_\_

Beruf

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Strasse/Nr.

\_\_\_\_\_

Telefon privat

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort

\_\_\_\_\_

Mobile

\_\_\_\_\_

E-Mail

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Angaben zu Ihrem Versicherungsvertrag**

Kreditgeber

\_\_\_\_\_

Kontonummer oder Vertragsnummer

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

Vertragsbeginn gemäss Versicherungsbestätigung

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

**4. Auszahlung der Versicherungsleistung**

**Sofern wir Ihren Schadenfall anerkennen, erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Die Auszahlung wird an Ihren obengenannten Kreditgeber zur Abdeckung Ihrer Zahlungsverpflichtungen aus dem Kreditvertrag getätigt.**

**5. Angaben zu Ihrer Arbeitsunfähigkeit**

1. a) Welches Leiden (Erkrankung, Unfall) möchten Sie bei uns anzeigen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Seit wann besteht dieses Leiden?

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

2. a) Welche Ärztin oder welcher Arzt hat diese Gesundheitsstörung **zum ersten Mal** festgestellt?

Name

Strasse/Nr.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort

Telefon

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. b) Wann wurde dieses Leiden erstmals festgestellt?

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

3.) Wer ist **derzeit Ihre behandelnde** Ärztin oder Ihr Arzt?

Name

Strasse/Nr.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort

Telefon

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. a) Welche **anderen Ärzte** wurden wegen des unter 1a) genannten Leidens in Anspruch genommen?

Name

Strasse/Nr.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort

Telefon

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) In welchem Zeitraum?

von

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

bis

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

5. Wer war Ihre Ärztin oder Ihr Arzt **vor Abschluss** des Versicherungsvertrags?

Name

Strasse/Nr.

---

---

PLZ/Ort

Telefon

---

---

6. a) Wer ist **zurzeit** Ihre Hausärztin oder Ihr Hausarzt?

Name

Strasse/Nr.

---

---

PLZ/Ort

Telefon

---

---

b) Seit wann sind Sie bei Ihrer Hausärztin oder Ihrem Hausarzt in Behandlung?

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

**6. Bei Unfällen bitte zusätzlich ausfüllen**

1.) Wann hat sich der Unfall ereignet?

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

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

Ja

Nein

Wenn ja, fügen Sie bitte den Polizeibericht bei.

3.a) Wurde bei Ihnen eine Alkoholuntersuchung veranlasst?

Ja

Nein

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

---

---

4.) Bitte schildern Sie uns den Unfall in eigenen Worten:

siehe beigefügtes Blatt

---

---

---

---

---

## 7. Einzureichende Unterlagen

**Bitte reichen Sie uns nachfolgende Unterlagen zusammen mit dem ausgefüllten und unterzeichneten Schadenformular ein. Kreuzen Sie bitte an, welche Unterlagen Sie beigefügt haben:**

- Eine Kopie des **Arbeitsvertrags**, der zum Zeitpunkt des **Versicherungsabschlusses** bestand (mit Angaben zu Dauer und Art des Arbeitsverhältnisses)
- Eine Kopie des **Arbeitsvertrags**, der zum Zeitpunkt des **Eintritts der Arbeitsunfähigkeit** bestand
- Eine Kopie der letzten **Lohnabrechnung** oder eine **Kopie der Kündigung**, falls es keine aktuelle Lohnabrechnung gibt
- Eine Kopie des beigefügten **Hausarztberichts, ausgefüllt und unterzeichnet von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt**
- Wenn Sie von einer Fachärztin oder einem Facharzt behandelt wurden:* zusätzlich eine Kopie des Facharztberichts
- Wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde:* eine Kopie des **Unfall- oder Polizeiprotokolls**
- Wenn eine andere Person Ihre Interessen vertritt:* eine von Ihnen unterzeichnete **Vollmacht**
- Wenn Sie bereits eine Rente beziehen:* eine Kopie der **ersten Rentenverfügung**

### **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. Wenn Sie sich registriert haben, können Sie die Unterlagen über die Website <http://clp.partners.axa.ch/schaden> kostenlos hochladen.**

## 8. 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. Mir ist bekannt, dass der Versicherer nicht an den Vertrag gebunden ist und gezahlte Leistungen ganz oder teilweise zurückfordern kann, wenn ich Tatsachen, die die Leistungspflicht des Versicherers ausschliessen oder mindern würden, zum Zweck der Täuschung unrichtig mitgeteilt, verschwiegen oder die mir obliegenden Mitteilungen zum Zweck 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 der AXA Versicherungen AG und anderen Gesellschaften der AXA Gruppe (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 zugriffsberechtigter Versicherungsnehmer ist.

### **Schweigepflichtentbindung**

Ich ermächtige die AXA zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meinen Gesundheitszustand gemachten Angaben. Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich hiermit Ärzte, Pflegepersonen, Mitarbeitende 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

---

# Ihre Fragen im Überblick

## **Was geschieht nach dem Versand meiner Schadenmeldung und meiner Dokumente?**

Wir bearbeiten Ihre Unterlagen möglichst schnell. Nach Eintreffen der Unterlagen erhalten Sie innerhalb von ein bis zwei Wochen unsere Entscheidung oder eine Zwischenmeldung. Sollten wir noch weitere Unterlagen oder Informationen von Ihnen benötigen, würden wir uns melden.

## **Auf welches Konto zahlen wir die Versicherungsleistung aus (sofern wir Ihren Schadenfall anerkennen)?**

Bis zu unserem Entscheidungsbrief sind Sie weiterhin zur Zahlung Ihrer monatlichen Raten inklusive der Prämie für die Versicherung verpflichtet. In unserem Entscheidungsbrief teilen wir Ihnen dann mit, ob und ab wann wir die Zahlungen der Raten für Sie übernehmen. Falls wir die Zahlung der Raten für Sie übernehmen, überweisen wir die Versicherungsleistung direkt auf Ihr Vertragskonto bei Ihrem Kreditgeber. Bitte beachten Sie, dass wir die Zahlungen nicht auf ein anderes Konto veranlassen können.

## **In welchen Fällen erhalte ich keine Leistung von der Versicherung?**

Bitte lesen Sie hierzu sorgfältig die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) durch. Dort sind die Ausschlussgründe ausführlich dargestellt.

## **Wie lange werden die Versicherungsleistungen erbracht?**

Für die Arbeitsunfähigkeit übernehmen wir pro Schadenfall die vertraglich vereinbarte maximale Leistung. In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen finden Sie nähere Informationen hierzu. Basis für diese Leistung, die stets 30 Tage rückwirkend erfolgt, ist die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für den vergangenen Monat, die durch Ihren behandelnden Arzt oder Hausarzt erstellt wurde. Die Auszahlung des versicherten Betrags erfolgt nach einer Wartezeit. Massgeblich sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

## **Was ist, wenn ich bereits eine Mahnung vom Kreditgeber erhalten habe oder ich meine Versicherungsprämien nicht zahlen kann?**

Setzen Sie sich in einem solchen Fall bitte direkt mit Ihrem Kreditgeber in Verbindung. Mit Ihrem Kreditgeber können Sie eine Regelung vereinbaren.

## **Muss ich während der Dauer der Versicherungsleistung meine monatlichen Raten inkl. Prämie bezahlen?**

Solange Ihr Schadenfall nicht von uns geprüft und eine Versicherungsleistung anerkannt wurde, müssen Sie weiterhin die Rate inkl. Prämie bezahlen.

## **Wann verjähren meine Ansprüche aus dieser Versicherung?**

Ihre Ansprüche verjähren, wenn Sie uns Ihren Schadenfall nicht innerhalb von zwei Jahren ab dem Eintritt Ihrer Arbeitsunfähigkeit melden (Art. 46 Schweizerisches Gesetz über den Versicherungsvertrag).

## **Was passiert, wenn ich erst arbeitsunfähig und danach arbeitslos werde?**

Wenn Sie bereits Versicherungsleistungen aufgrund von Arbeitsunfähigkeit beziehen und dann zusätzlich arbeitslos werden, werden weiterhin Versicherungsleistungen wegen Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit können Sie einen Antrag auf Versicherungsleistung wegen Arbeitslosigkeit stellen. Dies geht allerdings nur, wenn die weiteren Bedingungen gemäss den AVB erfüllt sind.



# Hausarztmeldung bei Arbeitsunfähigkeit

Formular bitte einsenden via unsere Internetseite <http://clp.partners.axa.ch/schaden>, per Post oder Fax.

## 1. Angaben über die versicherte Person

Frau     Herr

Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

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

Name

\_\_\_\_\_

## 2. Auskünfte über die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person

1. Seit wann ist die versicherte Person Ihre Patientin oder Ihr Patient?

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.a) Seit wann besteht dieses Leiden?

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

b) Seit wann besteht die 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit?

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

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

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

5. Wann kann die Arbeit voraussichtlich wieder aufgenommen werden?

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

6.a) Von welchen Ärzten wurde die versicherte Person wegen dieses Leidens noch behandelt?

Name

\_\_\_\_\_

Strasse/Nr.

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort

\_\_\_\_\_

b) In welchem Zeitraum?

von

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

bis

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

7. Anamnese der Erkrankung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. a) Wurden Röntgenaufnahmen oder eine Kernspinnresonanztomografie veranlasst?

Ja  Nein

b) Wenn ja, wann?

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

9. 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?

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

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

b) Wenn ja, wann?

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

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

Ja  Nein

b) Wenn ja, machen Sie bitte genaue Angaben

---

---

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

Ja  Nein

b) Wenn ja, machen Sie bitte genaue Angaben

---

---

---

---

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

13. a) Um welche Art von Unfall handelte es sich?

Verkehrsunfall  Freizeitunfall  Arbeitsunfall

b) Wurde bei der versicherten Person eine Alkoholuntersuchung veranlasst?

Ja  Nein

c) Wenn ja, wann?

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

**Nur auszufüllen, wenn die Arbeitsunfähigkeit in Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung besteht:**

14. a) Ist die versicherte Person in psychiatrischer Behandlung?

Ja       Nein

b) Wenn ja, bei welchen Ärzten?

Name

Strasse/Nr.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ort, Datum**

**Unterschrift der Ärztin oder des Arztes mit Praxisstempel**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Telefonnummer der Ärztin oder des Arztes**

\_\_\_\_\_

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



# Facharztmeldung bei Arbeitsunfähigkeit

Formular bitte einsenden via unsere Internetseite <http://clp.partners.axa.ch/schaden>, per Post oder Fax.

## 1. Angaben über die versicherte Person

Frau     Herr

Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

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

Name

\_\_\_\_\_

## 2. Auskünfte über die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person

1. Seit wann ist die versicherte Person Ihre Patientin oder Ihr Patient?

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.a) Seit wann besteht dieses Leiden?

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

b) Seit wann besteht die 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit?

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

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

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

5. Wann kann die Arbeit voraussichtlich wieder aufgenommen werden?

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

6.a) Von welchen Ärzten wurde die versicherte Person wegen dieses Leidens noch behandelt?

Name

\_\_\_\_\_

Strasse/Nr.

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort

\_\_\_\_\_

b) In welchem Zeitraum?

von

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

bis

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

7. Anamnese der Erkrankung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. a) Wurden Röntgenaufnahmen oder eine Kernspinnresonanztomografie veranlasst?

Ja       Nein

b) Wenn ja, wann?

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

9. 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?

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

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

b) Wenn ja, wann?

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

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

Ja       Nein

b) Wenn ja, machen Sie bitte genaue Angaben

---

---

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

Ja       Nein

b) Wenn ja, machen Sie bitte genaue Angaben

---

---

---

---

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

13. a) Um welche Art von Unfall handelte es sich?

Verkehrsunfall       Freizeitunfall       Arbeitsunfall

b) Wurde bei der versicherten Person eine Alkoholuntersuchung veranlasst?

Ja       Nein

c) Wenn ja, wann?

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

**Nur auszufüllen, wenn die Arbeitsunfähigkeit in Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung besteht:**

14. a) Ist die versicherte Person in psychiatrischer Behandlung?

Ja       Nein

b) Wenn ja, bei welchen Ärzten?

Name

Strasse/Nr.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ort, Datum**

**Unterschrift der Ärztin oder des Arztes mit Praxisstempel**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Telefonnummer der Ärztin oder des Arztes**

\_\_\_\_\_

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