



**5. Angaben zu Ihrer Erwerbsunfähigkeit**

1. a) Grund der Erwerbsunfähigkeit

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

b) Beginn der Erwerbsunfähigkeit

c) Letzter Arbeitstag

2. a) Welche Ärztin oder welcher Arzt hat Ihr unter Punkt 1.a) angegebenes Leiden zum **ersten Mal** festgestellt?

Name

Strasse/Nr.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort

Telefon

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Zeitraum der Ersterkrankung

von

bis

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

Name

Strasse/Nr.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort

Telefon

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Zeitraum der weiteren Erkrankung

von

bis

4. a) Wer ist Ihre Hausärztin oder Ihr Hausarzt?

Name

Strasse/Nr.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort

Telefon

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Seit wann sind Sie bei ihr oder ihm in Behandlung?

## 6. Zusatzangaben bei Unfällen

1. Wann hat sich der Unfall ereignet?

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

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 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 bezugsberechtigter 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

---

---