

5. Angaben zu Ihrer Erkrankung

1. a) Grund der Anspruchserhebung

- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Krebs
- Irreversibles Nierenversagen
- Wesentliche Organtransplantation
- Multiple Sklerose

b) Datum der Erstdiagnose

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

2. Name und Adresse der diagnostizierenden Ärztin oder des Arztes bzw. des 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	bis																
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								

c) Name und Adresse **der Ärztin** oder 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 drei 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

bis

c) Name und Adresse des Spitals

Name

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

d) Welche Ärztin oder welcher Arzt hat die Einweisung veranlasst?

Name

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

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

b) Beginn der Einnahme

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 habe. Mir ist bekannt, dass der Versicherer an den Vertrag nicht 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 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 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 (inklusive Verifizierung der Aufnahmebedingungen) 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

Ärztliche Bescheinigung bei schwerer Erkrankung

Formular bitte einsenden oder an 0848 000 425 faxen

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

b) Seit wann besteht dieses Leiden?

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

c) Wann fand die Erstkonsultation statt?

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

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?

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

4. 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

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

Ja Nein

b) Wenn ja, welche?

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.