



Formular bitte per Post, Fax oder E-Mail zurücksenden

Leistungsfallmeldung bei Arbeitsunfähigkeit - von der versicherten Person auszufüllen -

Wichtige Hinweise

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 90 Tagen. Für die Karenzzeit erfolgt keine Leistung, auch nicht rückwirkend. Sollte die Arbeitsunfähigkeit nicht länger als 90 Tage andauern, entsteht kein Leistungsanspruch.
- Bei Anerkennung unserer Leistungspflicht erfolgt - **nach Ablauf einer möglichen vertraglichen Karenzzeit** - die Abrechnung im Regelfall taggenau. Die Überweisung der ersten Leistung erfolgt 30 Tage nach Ablauf der Karenzzeit. Die Leistung wird jeweils rückwirkend für einen 30-Tage-Zeitraum angewiesen.
- Ist der Versicherungsfall vor **Beginn des Versicherungsschutzes** eingetreten, besteht kein Leistungsanspruch.
- Es gelten die jeweils vereinbarten **Allgemeinen Versicherungsbedingungen**.

Anleitung zur Geltendmachung von Leistungsansprüchen

- Schritt 1** Bitte füllen Sie 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 an AXA. Sie haben mehrere Möglichkeiten, uns diese zukommen zu lassen: per Post, Fax oder E-Mail.
- 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 Leistungsanspruch 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 Leistungsanspruch nicht anerkennen, werden wir Ihnen die Ablehnung ebenfalls in Schriftform begründen. Bitte beachten Sie, dass wir Ihren 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

2. Angaben zu Ihrem Versicherungsvertrag

Haben Sie Ihre Versicherung im Zusammenhang mit einem **Darlehen** oder einer **Finanzierung** abgeschlossen?

Ja Nein

Kreditgebende Bank



Konto- / Vertrags- / Versicherungsnummer

Vertragsbeginn gemäß Versicherungsbestätigung (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 Ihr Bankkonto 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.

Konto- / Vertragsnummer(n)

Vertragsbeginn gemäß Versicherungsbestätigung (falls bekannt)

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

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

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

Telefon

6.a) Wer ist derzeit Ihr Hausarzt?

Name

Straße/Nr.



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 der Polizei
- ✓ Nur bei Arbeitsunfall: Kopie des Berichtes vom Durchgangsarzt



6. Mitteilung nach § 6 Abs. 5 VersVG

Mitteilung nach § 6 Abs. 5 des österreichischen Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) über den Versicherungsnehmer betreffende Obliegenheiten im Hinblick auf 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 VersVG sind wir verpflichtet, Sie auf Ihre diesbezüglichen Verpflichtungen (Obliegenheiten) hinzuweisen. Der Vollständigkeit halber weisen wir Sie hier auch auf die rechtlichen Folgen von Verletzungen dieser Obliegenheiten hin. Lesen Sie hierzu bitte die nachfolgenden Informationen.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten: Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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 oder grob fahrlässig keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben, oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Ein Anspruchsverlust 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 mit dem Vorsatz, unsere Leistungspflicht zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für unsere Leistungspflicht bedeutsam sind, 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.

Einwilligungsklausel zum Datenschutz

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten zum Zwecke der Abwicklung des angezeigten Leistungsfalls von AXA verarbeitet und gespeichert werden. Zu diesem Zweck dürfen meine personenbezogenen Daten auch in andere Länder der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraums übermittelt werden. Für die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen wird AXA jeweils Sorge tragen. 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.

Schweigepflichtentbindung

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir Ihre Angaben prüfen, die Sie im Rahmen Ihres Antrages auf Leistung gemacht haben. Hierzu sind wir regelmäßig nicht nur auf Ihre eigenen Angaben, sondern zusätzlich auch auf weitere Auskünfte, z. B. von Behörden und anderen Versicherern angewiesen. Um diese Auskünfte einholen zu können, benötigen wir Ihre 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 Leistungslosigkeit der Gesellschaft führen kann, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Ort, Datum



Unterschrift der versicherten Person



Financial Assurance Company Limited, Lebensversicherung (Teil von AXA), Zweigniederlassung Deutschland
Financial Assurance Company Limited (Teil von AXA), Zweigniederlassung Deutschland



Formular bitte per Post, Fax oder Email zurücksenden

Ärztliche Bescheinigung – vom Hausarzt auszufüllen

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?

Bitte geben Sie hier zusätzlich den ICD-Code an.

Falls die Arbeitsunfähigkeit durch mehr als eine Erkrankung verursacht wird, nennen Sie bitte die hauptsächlich zur Arbeitsunfähigkeit führende 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 Ärzte 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, genügt ein Verweis auf diese.



8.a) Wurden Röntgenaufnahmen oder eine Kernspintomographie veranlasst?

Ja Nein

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

8.b) Falls ja, Datum der Untersuchung

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

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

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

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

Ja Nein

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

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

Ja Nein

11.b) Falls ja, welche?

Nur auszufüllen, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde

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

Verkehrsunfall Freizeitunfall
 Arbeitsunfall

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

Ja Nein

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

Falls vorhanden, fügen Sie bitte die Erkrankung betreffende Reha-, Konsiliar- und Krankenhausberichte in Kopie bei.

Ort, Datum



Unterschrift des Arztes und Praxisstempel



Telefonnummer des Arztes



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 Email 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?

Bitte geben Sie hier zusätzlich den ICD-Code an.

Falls die Arbeitsunfähigkeit durch mehr als eine Erkrankung verursacht wird, nennen Sie bitte die hauptsächlich zur Arbeitsunfähigkeit führende 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 Ärzte haben die versicherte Person wegen dieses Leidens noch behandelt?

Name

Strass

PLZ/Ort

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

von

T	T
---	---

M	M
---	---

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

bis

T	T
---	---

M	M
---	---

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

6.b) In welchem Zeitraum?

AS-CLAIM-FORM 06_2016



7) Anamnese der Erkrankung

Falls Sie Kopien von Reha-, Konsiliar- oder Krankenhausberichten beifügen, aus denen die Angaben hervorgehen, genügt ein Verweis auf diese.

8.a) Wurden Röntgenaufnahmen oder eine Kernspinnresonanztomographie veranlasst?

Ja Nein

T T

M M

J J J J

8.b) Falls ja, Datum der Untersuchung

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

T T

M M

J J J J

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

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

Ja Nein

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

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

Ja Nein

11.b) Falls ja, welche?

Nur auszufüllen, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde

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

Verkehrsunfall Freizeitunfall
 Arbeitsunfall

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

Ja Nein

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

Falls vorhanden, fügen Sie bitte die Erkrankung betreffende Reha-, Konsiliar- und Krankenhausberichte in Kopie bei.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes und Praxisstempel

Telefonnummer des Arztes

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.