



## Schadenmeldung bei Arbeitsunfähigkeit

Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen des Schadenformulars, dass Sie Ihren Schadenfall uns auch online melden sowie die Unterlagen online hochladen und den Schadenfall über unsere Internetseite: [www.clpnet.com/customer/homechd](http://www.clpnet.com/customer/homechd) online nachverfolgen können. Wenn Sie es bevorzugen können Sie uns Ihre ausgefüllte Schadenanzeige auch über Fax, E-Mail und Postweg zukommen lassen.

### 1. Wichtige Hinweise

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

**Besteht Ihre Arbeitsunfähigkeit bereits seit einem Zeitpunkt vor Versicherungsbeginn?**

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

**Wurden Sie an der Ihrer Arbeitsunfähigkeit zugrunde liegenden Erkrankung bereits vor Versicherungsbeginn behandelt?**

Dann liegt unter Umständen ein Ausschluss wegen Vorerkrankungen vor. Rufen Sie uns in diesem Fall an, wenn Sie unsicher sind.

**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.

**Müssen Sie während der Dauer der Versicherungsleistung Ihre Prämie zahlen?**

Ja, die Prämie ist auch während der Dauer des Bezugs von Versicherungsleistungen zu zahlen.

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

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

**Schritt 2:** Bitte lassen Sie beigefügte Arztmeldungen von Ihrem behandelnden Arzt und gegebenenfalls 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.

Sobald Ihre Unterlagen bei uns eingetroffen sind, erhalten Sie innerhalb von 1 - 2 Wochen unsere Entscheidung oder einen Zwischenstand, sollten wir weitere Unterlagen/Informationen benötigen.

**Bitte beachten Sie, dass wir Ihren Anspruch auf Versicherungsleistung nur prüfen können, wenn Sie uns alle Unterlagen/Dokumente zukommen lassen. Eine Nichteinreichung führt zu einer Verzögerung der Bearbeitung und gegebenenfalls zu einer verspäteten Auszahlung. Sie können die Unterlagen kostenlos über die o.g. Webseite nach erfolgter Registrierung hochladen.**

### 2. Persönliche Daten

Frau  Herr  
Vorname

Geburtsdatum 

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

Name

Beruf

Strasse

Telefon (privat)

PLZ/Ort 

--	--	--	--	--

Natel

E-Mail-Adresse



Wünschen Sie bei Leistungszahlungen monatlich eine SMS Benachrichtigung?

Ja  Nein

### 3. Angaben zu Ihrem Versicherungsvertrag

Kreditgeber

Art des zugrundeliegenden Vertrages:

Kreditvertrag

Kreditkartenvertrag

Kontonummer / Vertragsnummer/ Kundennummer

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 Kredit-bzw. Kreditkartenvertrag. Wenn Sie die Ratenversicherung Plus abgeschlossen haben, werden wir die zusätzlich versicherte Leistung auf ein von Ihnen zu bestimmendes Konto überweisen. Bitte füllen Sie deshalb folgende Felder gut lesbar aus.

Kontoinhaber

Kontonummer

Bankleitzahl

Name der Bank

PLZ / Ort

### 5. Angaben zu Ihrer Arbeitsunfähigkeit

1 a) Welches Leiden möchten Sie bei uns anzeigen?

b) Seit wann besteht dieses Leiden?

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

2 a) Welcher Arzt hat diese Gesundheitsstörung zum ersten Mal festgestellt?

Name

Strasse

PLZ/Ort

--	--	--	--	--

Telefon

b) Wann wurde dieses Leiden erstmals festgestellt?

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

3) Wer ist Ihr derzeit behandelnder Arzt?

Name

Strasse

PLZ/Ort

--	--	--	--	--



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

Name

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

b) In welchem Zeitraum?

Von

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

Bis

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

Telefon

5) Wer war Ihr Arzt **vor Abschluss** des Versicherungsvertrages?

Name

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

6 a) Wer ist zurzeit Ihr **Hausarzt**?

Name

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

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

Von

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

## 6. Bei Unfällen bitte zusätzlich ausfüllen:

1) Wann hat sich der Unfall ereignet?

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

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 nachfolgende Unterlagen zusammen mit dem ausgefüllten und unterzeichneten Schadenformular bei uns ein (bitte kreuzen Sie an, welche Unterlagen Sie beigefügt haben):

- Eine Kopie des **Arbeitsvertrages**, welcher zum Zeitpunkt des **Versicherungsabschlusses** bestand (mit Angaben über Dauer und Art des Arbeitsverhältnisses)
- Eine Kopie des **Arbeitsvertrages**, welcher 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 **Hausarztberichtes, ausgefüllt und unterzeichnet vom behandelnden Arzt**
- Wenn Sie von einem Facharzt behandelt wurden: zusätzlich eine Kopie des Facharztberichtes
- Wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde: eine Kopie des **Unfall-/Polizeiprotokolls**
- Wenn eine andere Person Ihre Interessen vertritt: eine von Ihnen unterzeichnete **Vollmacht**
- Wenn Sie bereits eine Rente beziehen: eine Kopie der **ersten Rentenverfügung**
- Im Falle eines Krankenhausaufenthaltes: eine Kopie des **Krankenhausentlassungsberichtes**

### 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.

## 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 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 der 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

X

Unterschrift der versicherten Person

X





## Ihre Fragen im Überblick

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

Wir bearbeiten Ihre Unterlagen schnellstmöglich. Nach Eintreffen der Unterlagen erhalten Sie innerhalb von 1 – 2 Wochen unsere Entscheidung oder eine Zwischenmeldung, sollten weitere Unterlagen/Informationen von Ihnen benötigt werden.

### **Auf welches Konto erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung (sofern wir Ihren Schadenfall anerkennen)?**

Im Falle der Übernahme Ihrer Zahlungsverpflichtungen werden wir gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) die Versicherungsleistung direkt auf Ihr Vertragskonto bei Cembra Money Bank AG überweisen. Bitte beachten Sie, dass wir die Zahlungen nicht auf ein anderes Konto veranlassen können.

Sofern sie die *Ratenversicherung Plus* abgeschlossen haben, werden wir den zusätzlichen Betrag auf das von Ihnen genannte Privatkonto überweisen

Beachten Sie bitte, dass sie weiterhin zur Zahlung Ihrer monatlichen Raten/ Rechnungen verpflichtet sind, solange wir den Schadenfall noch nicht anerkannt haben.

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

Bitte lesen Sie hierzu sorgfältig die AVB durch. Dort sind die Ausschlussgründe ausführlich dargestellt.

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

Für die Arbeitsunfähigkeit übernehmen wir pro Schadenfall die vertraglich vereinbarte Leistung. Bei Kreditkarten leisten wir maximal den versicherten Negativsaldo. In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen finden Sie nähere Informationen hierzu. Voraussetzung 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 Betrages erfolgt nach einer Wartefrist. Massgeblich sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

### **Was ist, wenn ich bereits eine Mahnung von der Bank erhalten habe oder ich meine Versicherungsprämien nicht zahlen kann?**

Wir bitten Sie, sich in einem solchen Falle direkt mit Ihrem Kreditgeber in Verbindung zu setzen, um eine Regelung zu vereinbaren.

### **Muss ich während der Dauer der Versicherungsleistung meine Versicherungsprämie zahlen?**

Ja, die Prämie ist auch während der Dauer des Bezugs von Versicherungsleistungen zu zahlen.

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

Ihre Ansprüche verfallen, wenn Sie uns Ihren Schadenfall nicht innerhalb von 2 Jahren ab dem Eintritt Ihrer Arbeitsunfähigkeit melden (Art. 46 Schweizerisches Gesetz über den Versicherungsvertrag).

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

Sofern Sie bereits Versicherungsleistungen auf Grund von Arbeitsunfähigkeit beziehen und dann zusätzlich arbeitslos werden, werden gemäss den AVB weiterhin einzig Versicherungsleistungen wegen Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit kann, sofern dannzumal die weiteren Bedingungen gemäss den AVB erfüllt sind, ein Anspruch auf Versicherungsleistung wegen Arbeitslosigkeit gestellt werden.



Bitte senden Sie via unsere Internetseite [www.clpnet.com/customer/homechd](http://www.clpnet.com/customer/homechd), per Post oder Fax.

## Hausarztmeldung bei Arbeitsunfähigkeit

### 1. Angaben über die versicherte Person

Frau  Herr

Vorname

Name

Geburtsdatum 

T	T
---	---

M	M
---	---

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

### 2. Auskünfte über die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person

1) Seit wann ist die versicherte Person Ihr Patient? 

T	T
---	---

M	M
---	---

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

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

3 a) Seit wann besteht dieses Leiden? 

T	T
---	---

M	M
---	---

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

b) Seit wann besteht die 100%ige Arbeitsunfähigkeit? 

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 Arbeit voraussichtlich wieder aufgenommen werden? 

T	T
---	---

M	M
---	---

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

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

Name

Strasse

PLZ/Ort 

--	--	--	--

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

8 a) Wurden Röntgenaufnahmen oder eine Kernspinnresonanztomographie veranlasst?  ja  nein

b) Wenn ja, wann? 

T	T
---	---

M	M
---	---

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

8 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? 

T	T
---	---

M	M
---	---

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







Bitte senden Sie via unsere Internetseite [www.clpnet.com/customer/homechd](http://www.clpnet.com/customer/homechd), per Post oder Fax.

## Facharztmeldung bei Arbeitsunfähigkeit

### 1. Angaben über die versicherte Person

Frau  Herr

Vorname

Name

Geburtsdatum 

T	T
---	---

M	M
---	---

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

### 2. Auskünfte über die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person

1) Seit wann ist die versicherte Person Ihr Patient? 

T	T
---	---

M	M
---	---

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

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

3 a) Seit wann besteht dieses Leiden? 

T	T
---	---

M	M
---	---

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

b) Seit wann besteht die 100%ige Arbeitsunfähigkeit? 

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 Arbeit voraussichtlich wieder aufgenommen werden? 

T	T
---	---

M	M
---	---

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

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

Name

Strasse

PLZ/Ort 

--	--	--	--

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

8 a) Wurden Röntgenaufnahmen oder eine Kernspintomographie veranlasst?  ja  nein

b) Wenn ja, wann? 

T	T
---	---

M	M
---	---

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

8 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? 

T	T
---	---

M	M
---	---

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



9 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?

T	T
---	---

M	M
---	---

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

10 a) Ist die Arbeitsunfähigkeit auf selbst zugeführte Verletzungen oder auf Selbstmordversucht, normale Schwangerschaft, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch, psychische Probleme, Depressionen, Wirbelsäulenleiden oder HIV-Infektion zurückzuführen?

ja  nein

b) Wenn ja, machen Sie bitte genaue Angaben:

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

ja  nein

b) Wenn ja, welche?

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

12 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?

T	T
---	---

M	M
---	---

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

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

13 a) Ist die versicherte Person in psychiatrischer Behandlung?

ja  nein

b) Wenn ja, bei welchen Ärzten?

Name

Strasse

PLZ/Ort 

--	--	--	--

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes mit Praxisstempel

Telefonnummer des Arztes

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

