

**A**

<b>UNFALLANZEIGE</b>		<b>POLICE</b> Nr. _____
<b>Versicherungsnehmer</b>	Name - Vornamen : _____ Anschrift : _____ Beruf : _____	
<b>Geschädigter</b>	Name - Vornamen : _____ Anschrift : _____ Geburtsdatum : _____ Beruf : _____ Wann hat der Geschädigte seine Tätigkeiten einstellen müssen ? _____ Ist er einer Krankenkasse angegliedert ? <input type="checkbox"/> Ja - Ist diese benachrichtigt worden ? <input type="checkbox"/> Nein Ist er einer andere Versicherung, die die Arztkosten oder den Krankenhausaufenthalt deckt ? <input type="checkbox"/> Ja : bei welcher Gesellschaft ? _____ <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Entschädigungs- berechtigter</b>	Name - Vornamen : _____ Anschrift : _____ Zahlungsweise : _____	
<b>Unfall</b>	Tag und Zeit : _____ Genauer Ort : _____ Hergang : _____ (möglichst ausführlich) _____ _____ Art : <input type="checkbox"/> Privatleben <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Landwirt <input type="checkbox"/> Freiwilliger Helfer <input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Familie Arbeitgeber <input type="checkbox"/> _____	
<b>Zeuge</b>	Name - Vornamen : _____ Anschrift : _____	
<b>Dritter</b>	Wenn ein Dritter für den Unfall haftbar ist, was ist a) seine Identität (Name, Anschrift) ? _____ _____ b) seine Versicherungsgesellschaft ? _____ c) Ihr Rechtsschutzversicherer? _____	
Wenn Sie haften, teilen Sie uns bitte den Namen Ihrer Versicherungsgesellschaft mit.		_____ _____

Jeder Betrug oder versuchte Betrug gegenüber der Versicherungsgesellschaft führt nicht nur zur Kündigung des Versicherungsvertrags sondern wird auch strafrechtlich verfolgt gemäss Paragraph 496 der Strafgesetzbuches. Die Gesellschaft wird der WTV Datassur gegebenenfalls Personendaten mitteilen dürfen, die relevant sind im ausschliesslichen Rahmen der Risikobeurteilung und der Verwaltung der Verträge und der diesbezüglichen Schadensfälle.

Jede Person hat das Recht, die Mitteilung und, gegebenenfalls, die Verbesserung der Daten, die sich auf sie beziehen, bei Datassur zu erhalten, durch einen datierten und unterzeichneten Antrag zusammen mit einer Fotokopie ihres Personalausweises an die folgende Adresse : Datassur, 29 square de Meeüs zu 1000 Brüssel.

Die mitgeteilten Daten dürfen von AXA Belgium zwecks des Kundendienstes, der Risikoannahme, der Verwaltung der Verträge und der Schadensfälle sowie der Auszahlung der Versicherungssummen verarbeitet werden.

Um die besten Dienstleistungen anbieten zu können, dürfen diese Daten den der AXA Gruppe angeschlossenen Unternehmen oder den mit ihnen in Beziehung stehenden Unternehmen mitgeteilt werden. Die betreffenden Personen geben ihr Einverständnis zur Verarbeitung der Daten, die ihre Gesundheit betreffen, sofern diese erforderlich sind für die Annahme, Verwaltung und Durchführung des Vertrags durch die im Rahmen dieses Vertrags intervenierenden Bearbeiter. Diese Verarbeitung ist durch das Gesetz vom 8. Dezember 1992 über den Schutz des Privatlebens vorgesehen.

Alle Informationen werden höchstvertraulich behandelt.

Die betreffenden Personen dürfen diese Daten kennen, sie berichtigen lassen und sich kostenlos deren Verwendung zu Direct Marketing-Zwecken widersetzen mittels eines datierten und unterzeichneten Antrags zusammen mit einer Rekto-Verso-Fotokopie des Personalausweises an die Abteilung Kundendienst der Gesellschaft gerichtet.

Weitere Informationen sind bei dem Kundendienst der Gesellschaft erhältlich.

Ausgefertigt zu \_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_ Unterschrift

**B**

<b>UNFALL</b> Nr. _____	<b>ÄRZTLICHES ZEUGNIS</b>	<b>POLICE</b> Nr. _____
Von Herrn Dr. med. Facharzt für wohnhaft zu	_____	
<b>Versicherungsnehmer</b> Name - Vornamen Anschrift	_____	
<b>Verletzter</b> Name - Vornamen Geburtsdatum	_____	
Datum des Unfalls Datum der ersten Untersuchung	_____	
Festgestellte Verletzungen	_____	
Aus den Verletzungen resultierende <b>Arbeitsunfähigkeit</b>	Handelt es sich um eine <input type="checkbox"/> traumatische oder <input type="checkbox"/> mikrotraumatische Pathologie ?	
Vermutliche Folgen	Gänzlich (1) - Dauer _____ Teilweise _____ : Satz. : _____ Dauer : _____ _____ _____	

Der Verletzte wird gepflegt \_\_\_\_\_  
Die folgende Behandlung findet statt : \_\_\_\_\_

Die vor dem Unfall bestehenden Prädisposition, Krankheiten, Körperfehler, die die Folgen anormal erschweren sind : \_\_\_\_\_

Die Intervention eines Facharztes erscheint nützlich - nutzlos.

Eine Röntgenuntersuchung ist erforderlich - nützlich.

Krankenhausaufenthalt ist erforderlich - nicht erforderlich.

Es ist zu befürchten, dass die obenerwähnten Verletzungen eine Dauerinvalidität nach sich ziehen werden, die voraussichtlich bestehen wird aus :

Bemerkungen : \_\_\_\_\_

(Unterschrift)

Ausgefertigt zu \_\_\_\_\_ , am \_\_\_\_\_

(1) Die Arbeitsunfähigkeit ist nur dann eine gänzliche, wenn der Verletzte dadurch gezwungen wird, jede Berufstätigkeit einzustellen. Sonst ist sie eine teilweise.



C

<b>UNFALL</b> Nr. _____	<b>ZEUGNIS VON HEILUNG ODER KONSOLIDIERUNG</b>	<b>POLICE</b> Nr. _____
Von Herrn Dr. med. Facharzt für wohnhaft zu	_____	_____
<b>Versicherungsnehmer</b> Name - Vornamen Anschrift	_____	_____
<b>Verletzter</b> Name - Vornamen Geburtsdatum	_____	_____
Datum des Unfalls	_____	_____

Ich, Unterzeichneter \_\_\_\_\_, Doktor der Medizin,  
wohnhaft zu \_\_\_\_\_, erkläre, dass der  
vorgenannte Verletzte von seinen Verletzungen genesen ist und ab \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seine Tätigkeiten mit-ohne Dauerinvalidität wiederaufnehmen kann.

Die Arbeitsunfähigkeit war :

eine gänzliche \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis einschl \_\_\_\_\_ ;  
 eine teilweise zu \_\_\_\_\_ % von \_\_\_\_\_ bis einschl \_\_\_\_\_ ;  
 eine teilweise zu \_\_\_\_\_ % von \_\_\_\_\_ bis einschl \_\_\_\_\_ ;  
 eine teilweise zu \_\_\_\_\_ % von \_\_\_\_\_ bis einschl \_\_\_\_\_ ;

Die durch das Zeugnis von Befund vorgesehene Arbeitsunfähigkeit hat erheblich länger gedauert, durch die folgende  
Ursache : \_\_\_\_\_

Es gibt eine/keine Dauerinvalidität \_\_\_\_\_  
Die Dauerfolgen sind : \_\_\_\_\_

Ausgefertigt zu \_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

(Unterschrift)

	Kodenr. gesetz. Gliedertaxe für Arbeitsunfälle	Betrag
<b>Arztkosten</b>	_____	_____ EUR
<b>Apothekerkosten</b>	_____	_____ EUR
	<b>INSGESAMT :</b>	_____ EUR
<b>Zu zahlen an</b>		_____ EUR
<b>Zahlungsweise</b>		

## VORSCHRIFTEN BEI UNFALL

---

1. Abschnitt A «UNFALLANZEIGE» unmittelbar ausfüllen.
2. Abschnitt B «ÄRZTLICHES ZEUGNIS» vom Arzt ausfüllen lassen.  
Die Rückerstattung der Arzt- und Apothekerkosten erfolgt gegen Vorlage der Belege innerhalb der vertraglich bestimmten Begrenzung.
3. Die Unfallanzeige (Abschnitt A) und das ärztliche Zeugnis (Abschnitt B und etwaige Beilagen) senden an :

AXA Belgium, Boulevard du Souverain 25 - 1170 Brüssel.

4. Falls nach Ablauf der vom Arzt im ersten Zeugnis (Abschnitt B) vorgesehenen Periode, die Genesung noch nicht eingetreten ist, ein neues Zeugnis zur Feststellung der Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit aufsetzen lassen und an AXA Belgium senden. Jede Arbeitsunfähigkeitsperiode soll mit einem ärztlichen Zeugnis bestätigt werden.
5. Falls nach Ablauf der im ersten Zeugnis (Abschnitt B) erwähnten Arbeitsunfähigkeitsperiode oder der letzten Verlängerungsperiode die Genesung eingetreten ist, das Zeugnis von Heilung (Abschnitt C) ausfüllen lassen und an AXA Belgium senden.

### WICHTIGE BEMERKUNG

Die Entschädigung für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit wird **nach den Angaben** der von der Gesellschaft genehmigten **ärztlichen Zeugnisse** berechnet.

Folglich hat der Berechtigte zur Sicherung seiner Rechte die obenstehenden Vorschriften pünktlich zu befolgen.