

Kranken- und Unfallversicherung für Private

Schadenanzeige

Gesellschaft

Police-Nr.

Versicherungsnehmer

Name/Vorname		Geburtsdatum	Zivilstand
Strasse		PC- oder IBAN	
PLZ/Ort		Bank/Filiale in	
Tel. P.	Mobil	MWST-pflichtig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Tel. G.	Mobil	MWST-Nr.	
Fax	E-Mail		

Patient

Name/Vorname		Name und Adresse des Arztes	
Geburtsdatum	Zivilstand		
Beruf		Ist Arbeitsunfähigkeit eingetreten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Strasse		Seit wann?	<input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise
PLZ/Ort		Voraussichtliche Dauer	
Telefon	Mobil	Besteht Anspruch auf Leistungen anderer Versicherungen inkl.	
PC- oder IBAN		Haftpflichtversicherungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bank/Filiale in		Wo?	
Spitalbehandlung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Police-Nr.	
Spital/Adresse		Sind dort Heilungskosten versichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Allgemeine Fragen

Namen und Adressen der beteiligten Fahrrad- und Motorfahrzeughalter	Haftpflichtversicherungsgesellschaft
a) _____	_____
b) _____	_____

Schadenereignis

Datum	Zeit (0-24)	Amtliche Tatbestandsaufnahme	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ort		Durch wen?	
Unfall	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Verletzungen		Krankheit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		Welche?	
Beginn der Behandlung		Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Hergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

Der Versicherte darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die Gesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG- Versicherers. Er ist ferner damit einverstanden, dass die Gesellschaft die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers
