

Schadenmeldung

Schaden-Nr.

Arzt- und Spitalkosten – Unfall

HHD

Sehr geehrte Kundin
Sehr geehrter Kunde

Damit wir schnell und unkompliziert eine Versicherungsleistung erbringen können, benötigen wir von Ihnen einige wichtige Angaben. Bitte füllen Sie diese Schadenanzeige sorgfältig aus und legen Sie, soweit zutreffend, folgende Unterlagen bei:

- Polizeirapport (falls vorhanden)
- Originalquittungen mit Rezepten
- Originalrechnungen (Arzt, Spital)
- Versicherungspolice oder -ausweis (Kopie)

Wenn Sie eine Frage unvollständig oder nicht beantworten können, erklären Sie bitte warum.

Fragen zum Versicherungsnehmer (Person, welche Versicherung abgeschlossen hat)

Name: _____

Vornamen: _____ Geburtsdatum: _____

Strasse/Haus-Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon (tagsüber erreichbar): _____ E-Mail-Adresse: _____

Kontonummer (IBAN): _____

Bankleitzahl (BIC/SWIFT): _____

Name, PLZ und Ort der Bank: _____

Fragen zur versicherten Person

Name: _____ Vornamen: _____

Geburtsdatum: _____ Nationalität: _____

Fragen zur Unfallversicherung

1. Datum des Versicherungsabschlusses: _____

2. Versicherungspolice/-ausweis Nr: _____

3. Bestehen für dieses Ereignis noch andere Versicherungen? ja nein

4. Wenn ja, welche? _____

5. Wurde von anderer Seite bereits eine Entschädigung geleistet oder beantragt? ja nein

6. Wenn ja, von wem? _____

Fragen zum Unfall

7. Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____

8. Unfallort: _____

9. Genaue Beschreibung der Verletzung: _____

10. Stand die verletzte Person unter Alkohol-, Medikamenten- oder Drogeneinfluss? ja nein

11. Wurde ein Arzt beigezogen? ja nein

12. Wenn ja, wann zum 1. Mal? Datum:

13. Name und Adresse des behandelnden Arztes:

14. Ist die Behandlung abgeschlossen? ja nein

15. Wenn nein, voraussichtliche Behandlungsdauer bis:

16. Sind weitere Rechnungen zu erwarten? ja nein

17. Wenn ja, von wem? Name und Adresse:

18. Wer hat den Unfall verschuldet? Name und Adresse:

ERV ist von der Leistungspflicht befreit, wenn die versicherte Person die ERV nach Eintritt des Versicherungsfalles arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.

Ich ermächtige Ärzte, Krankenanstalten aller Art, Versicherungsträger, der ERV alle erforderlichen Auskünfte über frühere, bestehende und während der Vertragsdauer eingetretene Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen zu erteilen und befreie die Genannten hiermit von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person oder ihres gesetzlichen Vertreters