

Schadenmeldung

Schaden-Nr.

Heilungskostenversicherung – Unfall

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
- Originalquittungen mit Rezepten
- Originalrechnungen (Arzt, Spital)
- Original oder Kopie der Kreditkartenabrechnung, woraus hervorgeht, dass mindestens 80% der Reiseleistung mit der Karte bezahlt wurde.

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 (Neon-IBAN): _____

Fragen zu weiteren Versicherungsdeckungen

1. Bestehen für dieses Ereignis noch andere Versicherungen? ja nein
2. Wenn ja, welche? _____
3. Wurde von anderer Seite bereits eine Entschädigung geleistet oder beantragt? ja nein
4. Wenn ja, von wem? _____

Fragen zum Unfall

5. Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____
6. Unfallort: _____
7. Genaue Beschreibung der Verletzung: _____
8. Stand die verletzte Person unter Alkohol-, Medikamenten- oder Drogeneinfluss? ja nein
9. Wurde ein Arzt beigezogen? ja nein
10. Wenn ja, wann zum 1. Mal? _____ Datum: _____
11. Name und Adresse des behandelnden Arztes: _____
12. Ist die Behandlung abgeschlossen? ja nein
13. Wenn nein, voraussichtliche Behandlungsdauer bis: _____
14. Sind weitere Rechnungen zu erwarten? ja nein

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

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

17. Versicherung des Schadenverursachers:

18. Welches Verkehrsmittel wurde benutzt?

19. War die verletzte Person Lenker des Fahrzeuges? ja nein

20. Wenn ja, ist sie im Besitze der erforderlichen Fahrerlaubnis? ja nein

21. Unter welchen Umständen hat sich der Unfall zugetragen?

22. Waren noch andere Personen am Unfall beteiligt? ja nein

23. Wenn ja, bitte Namen und Adressen angeben:

24. Gibt es Augenzeugen des Unfalles? ja nein

25. Wenn ja, bitte Namen und Adressen angeben:

26. Hat die Polizei den Unfall aufgenommen? ja nein

27. Wenn nein, bitte Begründung angeben:

Name der versicherten Person: _____ Geburtsdatum: _____

Die 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, 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 _____