

Schadenmeldung

Schaden-Nr.

Heilungskostenversicherung – Krankheit

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:

- 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 zur versicherten Person

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 zur Krankheit

5. Art der Erkrankung (bitte genaue Krankheitsbezeichnung): _____
6. Handelt es sich um die Verschlimmerung einer chronischen Erkrankung? ja nein
7. Handelt es sich um die Verschlimmerung einer vorbestandenen Erkrankung? ja nein
8. Wenn ja, wurde die Krankheit schon früher behandelt? ja nein
9. Wenn ja, durch welchen Arzt? Name und Adresse: _____
10. Handelt es sich um eine akute Erkrankung? ja nein
11. Seit wann bestehen diese Beschwerden? Datum: _____
12. Wann wurde erstmals ein Arzt beigezogen? Datum: _____

13. Ist die Behandlung abgeschlossen? ja nein

14. Wenn nein, voraussichtliche Behandlungsdauer bis: _____

15. Sind weitere Rechnungen zu erwarten? ja nein

16. Wenn ja, von wem? Name und Adresse: _____

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