

Kranken- und Unfallversicherung für Private

Schadenanzeige

Für sofortige Schadenmeldung Telefon (+41) 071 411 70 80

Gesellschaft

Policennummer

Versicherungsnehmer

Name/Vorname		Geburtsdatum	Zivilstand
Strasse		PC- oder Bankkonto	
PLZ/Ort		Bank/Filiale in	
Tel. P.	Mobil	MWST-pflichtig	nein ja
Tel. G.	Mobil	MWST-Nr.	
Fax	E-Mail		

Patient

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

Allgemeine Fragen

Namen und Adressen der beteiligten Fahrrad- und Motorfahrzeughalter		Haftpflichtversicherungsgesellschaft	
a)			
b)		<input type="text" value="(leer lassen a)"/>	<input type="text" value="(leer lassen b)"/>

Schadenereignis

Datum	Zeit (0-24)	Ämtliche Tatbestandsaufnahme	nein ja
Ort		Durch wen?	
Unfall	nein ja		
Verletzungen		Krankheit	nein ja
		Welche?	
Beginn der Behandlung		Schwangerschaft	nein ja

