

## 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	(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	(leer lassen)	Sind dort Heilungskosten versichert?	nein ja

### Allgemeine Fragen

Namen und Adressen der beteiligten Fahrrad- und Motorfahrzeughalter		Haftpflichtversicherungsgesellschaft	
a)			
b)		(leer lassen a)	(leer lassen b)

### Schadenereignis

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

Hergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

---

---

Der Versicherte darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Die Unterzeichneten ermächtigen die Marcel Raymann AG, bzw. die Versicherungsgesellschaft, zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten, des UVG- oder KVG-Versicherers. Sie sind ferner damit einverstanden, dass die MRV, bzw. die Versicherungsgesellschaft, die für die Schadenabwicklung notwendige Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

---