



Kranken- und Unfallversicherung für Private

Schadenanzeige

Für sofortige Schadenmeldung Telefon (+41) 071 282 39 60

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	(leer lassen)		
Geburtsdatum	Zivilstand			
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 Assicura, 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 Assicura, 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
