

# Schadenmeldung

Schaden-Nr.

## Arzt- und Spitalkosten – 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)
- Versicherungspolice oder -ausweis (Kopie)

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 (IBAN): \_\_\_\_\_

Bankleitzahl (BIC/SWIFT): \_\_\_\_\_

Name, PLZ und Ort der Bank: \_\_\_\_\_

### Fragen zur versicherten Person

Name: \_\_\_\_\_ Vornamen: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

### Fragen zur Krankenversicherung

1. Datum des Versicherungsabschlusses: \_\_\_\_\_

2. Versicherungspolice/-ausweis Nr: \_\_\_\_\_

3. Bestehen für dieses Ereignis noch andere Versicherungen?  ja  nein

4. Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

5. Wurde von anderer Seite bereits eine Entschädigung geleistet oder beantragt?  ja  nein

6. Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_

### Fragen zur Krankheit

7. Art der Erkrankung (bitte genaue Krankheitsbezeichnung): \_\_\_\_\_

8. Handelt es sich um die Verschlimmerung einer chronischen Erkrankung?  ja  nein

9. Handelt es sich um die Verschlimmerung einer vorbestandenen Erkrankung?  ja  nein

10. Wenn ja, wurde die Krankheit schon früher behandelt?  ja  nein

11. Wenn ja, durch welchen Arzt? Name und Adresse:

---

---

12. Handelt es sich um eine akute Erkrankung?  ja  nein

13. Seit wann bestehen diese Beschwerden? Datum:

---

14. Wann wurde erstmals ein Arzt beigezogen? Datum:

---

15. Ist die Behandlung abgeschlossen?  ja  nein

16. Wenn nein, voraussichtliche Behandlungsdauer bis:

---

17. Sind weitere Rechnungen zu erwarten?  ja  nein

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

---

---

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, der 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