

# Schadenmeldung

Schaden-Nr. \_\_\_\_\_

## Heilungskostenversicherung – Unfall

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:

- Nachweis über Einreise in die Schweiz/FL (z. B. Passkopie mit Datumstempel)
- Polizeirapport
- 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

Datum der Einreise in die Schweiz/FL: \_\_\_\_\_

Datum der Ausreise aus der Schweiz/FL: \_\_\_\_\_

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

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

### Fragen zur Versicherung

1. Datum des Versicherungsabschlusses bzw. der Einzahlung der Prämie: \_\_\_\_\_
2. Durch wen wurde die Versicherung vermittelt/abgeschlossen? \_\_\_\_\_
3. Versicherungspolice/-ausweis Nr: \_\_\_\_\_
4. Bestehen für dieses Ereignis noch andere Versicherungen?  ja  nein
5. Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
6. Wurde von anderer Seite bereits eine Entschädigung geleistet oder beantragt?  ja  nein
7. Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_

### Fragen zum Unfall

8. Unfalltag: \_\_\_\_\_ Unfallzeit: \_\_\_\_\_
9. Unfallort: \_\_\_\_\_

10. Genaue Beschreibung der Verletzung:

11. Stand die verletzte Person unter Alkohol-, Medikamenten- oder Drogeneinfluss?  ja  nein

12. Wurde ein Arzt beigezogen?  ja  nein

13. Wenn ja, wann zum 1. Mal? Datum:

14. Name und Adresse des behandelnden Arztes:

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:

19. Wer hat den Unfall verschuldet? Name und Adresse:

20. Versicherung des Schadenverursachers:

21. Welches Verkehrsmittel wurde benutzt?

22. War die verletzte Person Lenker des Fahrzeuges?  ja  nein

23. Wenn ja, ist sie im Besitze der erforderlichen Fahrerlaubnis?  ja  nein

24. Unter welchen Umständen hat sich der Unfall zugetragen?

25. Waren noch andere Personen am Unfall beteiligt?  ja  nein

26. Wenn ja, bitte Namen und Adressen angeben:

27. Gibt es Augenzeugen des Unfalles?  ja  nein

28. Wenn ja, bitte Namen und Adressen angeben:

29. Hat die Polizei den Unfall aufgenommen?  ja  nein

30. Wenn nein, bitte Begründung angeben:

Name der versicherten Person: Geburtsdatum:

Die EUROPÄISCHE ist von der Leistungspflicht befreit, wenn die versicherte Person die EUROPÄISCHE 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 EUROPÄISCHEN Reiseversicherungs AG 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