

# Schadenmeldung

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

---

## Heilungskostenversicherung – 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:

- Nachweis über Einreise in die Schweiz/FL (z. B. Passkopie mit Datumstempel)
- 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. Wurde eine Gesundheitserklärung ausgefüllt? Wenn ja, bitte beilegen.  ja  nein
5. Bestehen für dieses Ereignis noch andere Versicherungen?  ja  nein
6. Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
7. Wurde von anderer Seite bereits eine Entschädigung geleistet oder beantragt?  ja  nein
8. Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_

## Fragen zur Krankheit

9. Art der Erkrankung (bitte genaue Krankheitsbezeichnung):

---

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

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

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

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

---

---

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

15. Seit wann bestehen diese Beschwerden? Datum:

16. Wann wurde erstmals ein Arzt beigezogen? Datum:

17. Ist die Behandlung abgeschlossen?  ja  nein

18. Wenn nein, voraussichtliche Behandlungsdauer bis:

19. Sind weitere Rechnungen zu erwarten?  ja  nein

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

---

---

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