

Schadenanzeige Health Care Switzerland

Policen-Nr. (Bitte Kopie beilegen)

Schaden-Nr. (Wird von Mondial ausgefüllt)

1. Angaben zur versicherten Person

Name

Vorname

Nationalität

Geburtsdatum

Datum der Einreise in die Schweiz

Datum der Ausreise aus der Schweiz

Adresse in der Schweiz oder wohnhaft bei

Name

Vorname

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon Privat

Telefon Geschäft

E-Mail

Bank-Konto-Nr. (Wenn vorhanden, bitte Einzahlungsschein beilegen)

Clearing-Nr.

Name der Bank

PLZ/Ort

Kontoinhaber (Name, Adresse)

Postcheck-Konto-Nr. (Wenn vorhanden, bitte Einzahlungsschein beilegen)

2. Angaben zur Versicherung

a) Bei welcher Gesellschaft und/oder sonstigen Krankenkasse/Unfallversicherung sind Sie ebenfalls gegen Krankheit oder Unfall versichert?

Gesellschaft

Agentur

Mitglied/Policen-Nr.

Gesellschaft

Agentur

Mitglied/Policen-Nr.

b) Wurde von einer anderen Stelle (weitere Versicherung) bereits eine Entschädigung geleistet?

 Ja Nein

Wenn ja, von wem? Gesellschaft

Agentur

Mitglied/Policen-Nr.

c) Wurde früher bereits einmal eine Entschädigung aus einer Heilungskostenversicherung beantragt?

Wenn ja, wann?

Bei wem? Gesellschaft

Agentur

Mitglied/Policen-Nr.

d) Wurde eine ärztliche Gesundheitsbescheinigung ausgestellt?

 Ja Nein

Wenn ja, bitte beilegen

3. Angaben zur Krankheit

a) Bitte schildern Sie mit eigenen Worten den Verlauf der Krankheit und die Beschwerden

b) Sind die Beschwerden plötzlich aufgetreten? Ja Nein

c) Wann haben Sie die Beschwerden zum ersten Mal bemerkt? Datum

Wann sind Sie zum Arzt gegangen? Datum

Zu welchem Arzt sind Sie gegangen? (Name und Adresse)

d) Sind die Beschwerden auch früher schon aufgetreten? Ja Nein

Wenn ja, wann zum ersten Mal? Datum

Sind Sie dafür zum Arzt gegangen? Ja Nein

Wenn ja, zum welchem? (Name und Adresse)

4. Angaben zum Unfall

a) Wann und wo ist der Unfall passiert? Datum Zeit Ort

b) Bitte schildern Sie mit eigenen Worten das Unfallgeschehen. Was genau ist passiert?

c) Welche Verletzungen haben Sie erlitten?

d) Standen Sie unter Einfluss von Alkohol, Medikamenten oder anderen Drogen? Ja Nein

Wenn ja, unter welchen?

e) Wurde ein Arzt/Spital beigezogen? Ja Nein

Wenn ja, wann zum ersten Mal? Datum

Name, Adresse des Arztes/Spitales

f) Hat eine Drittperson den Unfall verschuldet? (Für Verkehrsunfälle siehe auch zusätzliche Fragen) Ja Nein

Wenn ja, wer? (Name, Adresse)

Haftpflichtversicherung der Drittperson Name Policen-Nr.

g) Waren sonst noch Personen am Unfall beteiligt?

Ja Nein

Wenn ja, wer? (Name, Adresse)

h) Gibt es Zeugen zum Unfallgeschehen?

Ja Nein

Wenn ja, wer? (Name, Adresse)

i) Wurde ein Polizeirapport erstellt?

Ja Nein

Wenn ja, von welcher Amtsstelle? (Name, Adresse)

Nur bei Verkehrsunfällen ausfüllen

Von Ihnen benütztes Verkehrsmittel

Marke/Typ

Halter (Name, Adresse)

Lenker (Name, Adresse)

Kontrollschild

Haftpflichtversicherung (Name, Policen-Nr.)

Ist die Polizei erschienen?

Ja Nein

Hat sie einen Unfallrapport erstellt?

Ja Nein

Kollisionsfahrzeug

Marke/Typ

Halter (Name, Adresse)

Lenker (Name, Adresse)

Kontrollschild

Haftpflichtversicherung (Name, Policen-Nr.)

5. **Erklärung** Ich bestätige, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich den Anspruch auf Versicherungsleistung verlieren kann, wenn meine Angaben unwahr, unvollständig oder widersprüchlich sind, auch wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Mondial Assistance (Schweiz) bei Ärzten und ihren Hilfspersonen, bei anderen Versicherungsträgern sowie bei Behörden (Polizei, Gerichte, etc.) Auskünfte einholt und befreie die Genannten von ihrer gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht. Mögliche Forderungen aus diesem Schadeneignis gegenüber Dritten (Haftpflichtige, freiwillige oder obligatorische Versicherer) trete ich bis zur Höhe der ausbezahlten Versicherungsleistung an die Mondial Assistance (Schweiz) ab.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers (bei Minderjährigen des gesetzl. Vertreters)

Bitte reichen Sie folgende Dokumente ein

Fotokopie der Versicherungspolice oder den Empfangsschein der einbezahlten Prämie

Fotokopie des Reisepasses mit Einreisestempel, bei dessen Fehlen Ticket (Bahn, Flugzeug, Bus, etc.)

Rechnungen (ohne Einzahlungsschein) über Arzt-, Arznei- und Spitalkosten sowie Arztrezepte im Original

Wir bitten Sie, die Rechnung direkt zu bezahlen, da Sie Honorarschuldner/Honorarschuldnerin sind.