

Schadenanzeige Einzel-Krankenversicherung

Police Nr.	
Gesellschaft	
1. Versicherungsnehmer	
Name, Vorname	
Strasse	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
E-Mailadresse	
Der MwSt unterstellt? (Abzugsberechtigt?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> pauschale Abrechnung
MwSt-Nummer	
2. Erkrankte Person	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Zivilstand	
AHV-Nr.	
Adresse	
Telefon Privat	
Post- / Bankkonto-Nr.	
Bank / Filiale	
3. Krankheit	
Art der Krankheit	
Voraussichtliche Dauer	
Beginn der ärztlichen Behandlung	
Name & Adresse des behandelnden Arztes	
Hat der Patient schon früher an der gleichen Krankheit gelitten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wann?	
Wer war damals behandelnder Arzt?	
4. Andere Versicherungen	
Bestehen noch andere Versicherungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte Gesellschaft und Police-Nr. angeben	
Sind dort Heilungskosten versichert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

5. Zahlung

Name, Vorname, Adresse	
Post- / Bankkonto Nr.	
Bank / Filiale	

6. Unterschrift

Ort, Datum	
Unterschrift	

Der/die Versicherungsnehmer/in darf ohne Zustimmung der Gesellschaft keine Forderungen anerkennen und ermächtigt den Versicherer in die erforderlichen Akten Einsicht zu nehmen. Im weiteren ermächtigt er/sie den Versicherer alle notwendigen zur Regelung des Schadenfalls benötigten Angaben oder Unterlagen einzuverlangen oder am Schadenfall interessierten Dritten zu übermitteln.

zusätzlicher Text:

Senden**Drucken**