

Schadenmeldung

Schaden-Nr.:

Annullierungskostenversicherung der Schwimmschule Düdingen, Freiburg und Umgebung GmbH

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde

Wir bedauern, dass Sie an Ihrem gebuchten Angebot nicht wunschgemäss teilnehmen können. Damit die Europäische Reiseversicherungs AG (ERV) den Schadenfall schnell und unkompliziert abwickeln kann, füllen Sie bitte nachstehendes Formular aus und legen, soweit zutreffend, folgende Unterlagen bei:

- Rechnung/Bestätigung des Angebots
- Bestätigung (bezüglich Absage, Unterbruch, Abbruch)
- Nachweis des Ereignisses (Arztzeugnis, Todesschein, Bestätigung Arbeitgeber, o.a.)
- Ärztliche Bescheinigung (durch den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin ausfüllen zu lassen) ab einer Forderung von über CHF 2000.- (Formular Seite 2)

Fragen zum/zur Versicherungsnehmer/in (anspruchsberechtigte Person)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse/Haus-Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon (tagsüber erreichbar):

E-Mail-Adresse:

Kontonummer (IBAN):

Bankleitzahl (BIC/SWIFT):

Fragen zum Ereignis

1. unerwartete schwere Krankheit Unfall Todesfall andere:

Kurze Zusammenfassung des Falles:

Fragen zu weiteren Versicherungsdeckungen

2. Sind Sie bei einer anderen Gesellschaft gegen Annullierungskosten versichert? ja nein

Gesellschaft:

Police Nr.:

Bestätigung und Vollmacht

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 und Versicherungen aller Art der EUROPÄISCHEN Reiseversicherungs AG alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und befreie die Genannten hiermit von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht.

Ort und Datum

Unterschrift des Schadenverursachers oder des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung der Schwimmschule

Gebuchtes Angebot (Name, Kurs oder Lehrgang):

Datum

von:

bis:

Absage

Datum der Absage:

Verhinderung

Anzahl nicht besuchter Kurse/Lektionen:

von:

bis:

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Fragen zum Ereignis

1. Datum der Erstbehandlung im Zusammenhang mit diesem Ereignis: _____ Uhrzeit: _____
2. Genaue Diagnose (keine Abkürzungen): _____

3. Wurden weitere Behandlungen oder Nachkontrollen angeordnet? ja nein
4. Wann erkrankte/verunfallte der/die Patient/in? _____ Datum: _____
5. Wurden diese Beschwerden zuvor bereits einmal/mehrfach behandelt? ja nein
Falls ja, in welchem Behandlungszeitraum? _____ Daten: _____
6. Anamnese: _____

7. Ist eine unvorhersehbare gravierende Verschlechterung eingetreten? ja nein
Wenn ja, wann? _____
8. War der/die Patient/in arbeitsunfähig? ja nein
Falls ja, von: _____ bis: _____
9. Fand eine stationäre Behandlung statt? ja nein
Wenn ja, von wann bis wann? (Bitte eine Kopie des Austrittberichtes mitsenden) _____
10. Erfolgte eine Operation? ja nein
Wenn ja, Datum der Operation: _____
11. Wann genau wurde der Operationstermin vereinbart? _____ Datum: _____

Fragen zur Teilnahmefähigkeit am Angebot

12. Bestanden zur Zeit der Angebotsbuchung ärztliche Bedenken zur Teilnahme? ja nein
Begründung: _____

13. Wann war erstmalig erkennbar, dass das Angebot wegen des Gesundheitszustandes nicht angetreten werden konnte oder unter- oder abgebrochen werden musste?
Datum: _____
Aus welchen Grund? _____

14. Hat der/die Patient/in Sie über seine/ihre Teilnahme informiert? ja nein
Falls ja, wann? _____ Datum: _____
15. Ab wann hielten Sie den Patienten/die Patientin wieder für teilnahmefähig? Datum: _____

Weitere Bemerkungen

