

Schadenformular

Heilungskosten für Gäste

Policen Nr.

Schaden-Nr.
(wird von Allianz Travel ausgefüllt)

1. Angaben zur versicherten Person

Name

Vorname

Nationalität

Geburtsdatum

Datum der Einreise in die Schweiz
bzw. den Schengen-Raum

Datum der Ausreise aus der Schweiz
bzw. dem Schengen-Raum

2. Adresse in der Schweiz / wohnhaft bei

Name

Vorname

Strasse / Nr

PLZ / Ort

Telefon Privat

Telefon Geschäft

E-Mail

3. Angaben zur Auszahlung der Leistungen

Bank- / Postkonto (IBAN)

Name der Bank

PLZ / Ort

Kontoinhaber (Name, Adresse)

4. Angaben zu weiteren Versicherungen

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

Gesellschaft

Agentur

Policen-Nr.

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

Ja

Nein

Wenn ja, von wem? Gesellschaft

Policen-Nr.

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

Ja

Nein

Wenn ja, wann?

Gesellschaft

Policen-Nr.

d) Wurde eine ärztliche Gesundheitsbescheinigung ausgestellt? (wenn ja, bitte beilegen)

Ja

Nein

5. Angaben zur Krankheit

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

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 schon früher aufgetreten? Ja Nein

Wenn ja, wann zum ersten Mal? Datum

Sind Sie dafür zum Arzt gegangen? Ja Nein

Wenn ja, zu welchem? (Name und Adresse)

6. Angaben zum Unfall

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

Ort

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

c) Welche Verletzungen haben Sie erlitten?

d) Handelt es sich um einen Verkehrsunfall? Ja Nein

e) Wenn ja, war die Polizei vor Ort? Ja Nein

f) Wenn ja, wurde ein Rapport erstellt?
(wenn ja, bitte Polizeirapport beilegen) Ja Nein

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 bin damit einverstanden, wenn die Allianz Travel (Schweiz) bei Reiseveranstaltern und -vermittlern, bei Transportunternehmen, Behörden (Polizei, Gerichte etc.) anderen Versicherungsträgern etc. Auskünfte einholt und Akten einsieht und befreie die Genannten von ihrer gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht. Soweit mir nicht bereits bekannt, nehme ich zur Kenntnis und erkläre mich damit einverstanden, dass die Angaben zum Zweck der Prüfung des Leistungsanspruchs ggf. ganz oder teilweise an Dienstleister, die vergleichbaren Datenschutzstandards unterliegen, im Inland oder europäischen Ausland übermittelt werden können.

Schweigepflichtentbindung

Mir ist bekannt, dass die Allianz Travel (Schweiz) zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht Angaben überprüft, die ich zur Begründung meines Anspruchs mache. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte und ihre Hilfspersonen, die in den von mir vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Behandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, und zwar über meinen Tod hinaus. Bezüglich einer bereits früheren Behandlung gilt diese Entbindung von der Schweigepflicht jedoch nur, soweit diese Angaben für die Überprüfung der Leistungspflicht erforderlich sind. Des Weiteren entbinde ich die Vertrauensärzte der Allianz Travel (Schweiz) von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Mitarbeitern von Allianz Travel (Schweiz), welche mit der Bearbeitung des angemeldeten Schadenfalls befasst sind. Mir ist bekannt, dass die Allianz Travel (Schweiz) im Rahmen der Schadenfallbearbeitung ggf. ganz oder teilweise auf Dienstleistungen rechtlich selbstständiger Unternehmen der Allianz Gruppe, die vergleichbaren Datenschutzstandards unterliegen, im Inland oder europäischen Ausland zurückgreift; ich erkläre mich damit einverstanden, dass die mich bzw. meinen Schadenfall betreffenden Personendaten, einschliesslich besonders schützenswerter Personendaten, den erwähnten Dienstleistungsunternehmen zum genannten Zweck zur Bearbeitung übermittelt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person (bei Minderjährigen des gesetzl. Vertreters)

Zur Schadenbearbeitung benötigen wir folgende Unterlagen:

- Arztbericht und Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht
- Nachweis der Einreise in die Schweiz bzw. den Schengen-Raum: Pass mit Einreisestempel, bei dessen Fehlen Fahrscheine bzw. Reisetickets (Bahn, Flugzeug, Bus etc.), bei dessen Fehlen, schriftliche Bestätigung des Arbeitgebers
- Rechnung/-en über Arzt- und/oder Krankenhaus- sowie Arzneikosten (inkl. dazugehörige Rezepte)
Wir bitten Sie, die Rechnungen direkt zu bezahlen, da Sie Honorarschuldner / -in sind.