

# 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:

- detailliertes Arztzeugnis
- Rechnungen über Arzt-, Arznei- und Spalkosten sowie Arztrezepte
- Original oder Kopie der Visa Debitkartenabrechnung, woraus hervorgeht, dass mindestens 80% des Kaufpreises mit der Karte bezahlt wurden

Wenn Sie eine Frage unvollständig oder nicht beantworten können, erklären Sie bitte warum.

### Fragen zur anspruchsberechtigten Person (Person, welche die Versicherung abgeschlossen hat)

Name: \_\_\_\_\_

Vornamen: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse/Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (tagsüber erreichbar): \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Kontonummer (LUKB-IBAN): \_\_\_\_\_

### Fragen zu weiteren Versicherungsdeckungen

1. Bestehen für dieses Ereignis noch andere Versicherungen?  ja  nein
2. Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
3. Wurde von anderer Seite bereits eine Entschädigung geleistet oder beantragt?  ja  nein
4. Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_

### Fragen zur Krankheit

5. Art der Erkrankung (bitte genaue Krankheitsbezeichnung): \_\_\_\_\_
6. Handelt es sich um die Verschlimmerung einer chronischen Erkrankung?  ja  nein
7. Handelt es sich um die Verschlimmerung einer bei Versicherungsabschluss bestandenen Erkrankung?  ja  nein
8. Wenn ja, wurde die Krankheit schon früher behandelt?  ja  nein
9. Wenn ja, durch welchen Arzt? Name und Adresse: \_\_\_\_\_
10. Handelt es sich um eine akute Erkrankung?  ja  nein
11. Seit wann bestehen diese Beschwerden? \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_
12. Wann wurde erstmals ein Arzt beigezogen? \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_
13. Ist die Behandlung abgeschlossen?  ja  nein
14. Wenn nein, voraussichtliche Behandlungsdauer bis: \_\_\_\_\_

15. Sind weitere Rechnungen zu erwarten?

ja  nein

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

---

---

Die ERV ist von der Leistungspflicht befreit, wenn die versicherte Person die ERV 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, der für Administrativmassnahmen im Strassenverkehr zuständigen Behörde, Polizei, Feuerwehr, Versicherungsträger, Behörden, der ERV 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