

# Schadenmeldung

Schaden-Nr.:

## Heilungskostenversicherung – Unfall

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:

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

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 zum Unfall

5. Unfalltag:  Unfallzeit:

6. Unfallort:

7. Genaue Beschreibung der Verletzung:

8. Stand die verletzte Person unter Alkohol-, Medikamenten- oder Drogeneinfluss?  ja  nein

9. Wurde ein Arzt beigezogen?  ja  nein

10. Wenn ja, wann zum 1. Mal?  Datum:

11. Name und Adresse des behandelnden Arztes:

12. Ist die Behandlung abgeschlossen?  ja  nein

13. Wenn nein, voraussichtliche Behandlungsdauer bis:

14. Sind weitere Rechnungen zu erwarten?  ja  nein

15. Wenn ja, von wem? Name und Adresse:  
\_\_\_\_\_

16. Wer hat den Unfall verschuldet? Name und Adresse:  
\_\_\_\_\_

17. Versicherung des Schadenverursachers:  
\_\_\_\_\_

18. Welches Verkehrsmittel wurde benutzt?  
\_\_\_\_\_

19. War die verletzte Person Lenker des Fahrzeuges?  ja  nein

20. Wenn ja, ist sie im Besitze der erforderlichen Fahrerlaubnis?  ja  nein

21. Unter welchen Umständen hat sich der Unfall zugetragen?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

22. Waren noch andere Personen am Unfall beteiligt?  ja  nein

23. Wenn ja, bitte Namen und Adressen angeben:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

24. Gibt es Augenzeugen des Unfalles?  ja  nein

25. Wenn ja, bitte Namen und Adressen angeben:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

26. Hat die Polizei den Unfall aufgenommen?  ja  nein

27. Wenn nein, bitte Begründung angeben:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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