

# Schadenanzeige Einzel-Krankenversicherung

<b>Police Nr.</b>	
<b>Gesellschaft</b>	
<b>1. Versicherungsnehmer</b>	
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	
<b>2. Erkrankte Person</b>	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Zivilstand	
AHV-Nr.	
Adresse	
Telefon Privat	
Telefon Geschäft	
Post- / Bankkonto-Nr.	
Bank / Filiale	
<b>3. Krankheit</b>	
Art der Krankheit	
Ist Arbeitsunfähigkeit eingetreten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arbeitsunfähig seit wann?	<input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> ganz
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. Arbeitszeit der erkrankten Person**

Arbeitszeit	
Tage je Woche	
Stunden je Woche	
Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden	
Arbeitseinsatz	<input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit

**5. Andere Versicherungen**

Bestehen noch andere Versicherungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte Gesellschaft und Police-Nr. angeben	

**6. Zahlung**

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

**7. 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**