

Kranken- und Unfallversicherung für Private

Schadenanzeige

Für sofortige Schadenmeldung

Telefon

0800 809 809

Police-Nr.

Versicherungsnehmer

| | | | |
|--------------|--------|--------------------|---|
| Name/Vorname | | Geburtsdatum | Zivilstand |
| Strasse | | PC- oder Bankkonto | |
| PLZ/Ort | | Bank/Filiale in | |
| Tel. P. | Mobil | MWST-pflichtig | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Tel. G. | Mobil | MWST-Nr. | |
| Fax | E-Mail | | |

Patient

| | | | |
|--------------------|---|--|--|
| Name/Vorname | | Name und Adresse des Arztes | |
| Geburtsdatum | Zivilstand | <input type="text" value="(leer lassen)"/> | |
| Beruf | | Ist Arbeitsunfähigkeit eingetreten? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Strasse | | Seit wann? | <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise |
| PLZ/Ort | | Voraussichtliche Dauer | |
| Telefon | Mobil | Besteht Anspruch auf Leistungen anderer Versicherungen inkl. | |
| PC- oder Bankkonto | | Haftpflichtversicherungen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Bank/Filiale in | | Wo? | |
| Spitalbehandlung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Police-Nr. | |
| Spital/Adresse | <input type="text" value="(leer lassen)"/> | Sind dort Heilungskosten versichert? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

Allgemeine Fragen

| | | | |
|---|--|--|--|
| Namen und Adressen der beteiligten Fahrrad- und Motorfahrzeughalter | | Haftpflichtversicherungsgesellschaft | |
| a) | | | |
| b) | | <input type="text" value="(leer lassen a)"/> | <input type="text" value="(leer lassen b)"/> |

Schadenereignis

| | | | |
|-----------------------|---|------------------------------|---|
| Datum | Zeit (0-24) | Amtliche Tatbestandsaufnahme | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Ort | | Durch wen? | |
| Unfall | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | |
| Verletzungen | | Krankheit | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| | | Welche? | |
| Beginn der Behandlung | | Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

Hergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

Der Versicherte darf ohne vorherige Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt die Winterthur zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG- oder KVG- Versicherers. Er ist ferner damit einverstanden, dass die Winterthur die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers