

Schadenanzeige

Ferien- und Reiseversicherung

Dieses Formular ist durch die versicherte Person, beziehungsweise deren gesetzlichen Vertreter auszufüllen. Alle zutreffenden Fragen sind vollständig zu beantworten und das Formular umgehend unterzeichnet an die am Schluss des Dokumentes aufgeführte Adresse zu senden. Bei Fragen hilft die CSS-Serviceline 0844 277 277 gerne weiter. Vielen Dank.

Policen-Nr.



1 Schaden

- Heilungskosten bei Krankheit und Unfall
 Reisegepäck
 Versicherung bei Tod oder Invalidität bei Unfall
 Annullierungskosten

2 Allgemeine Auskünfte

2.1 Versicherte Person

Vorname	Name	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	PLZ, Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Beruf	CSS Mitglied <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="text"/>		

2.2 Kontakt

Telefon Privat	Mobile	Telefon Geschäft
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Um welche Zeit können wir Sie am besten erreichen?	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Wo? <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Geschäft		
Kontaktperson bei Rückfragen		
<input type="text"/>		

2.3 Arbeitgeber

Name des Arbeitgebers	
<input type="text"/>	
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 Schadenhergang

3.1 Schaden

Datum	Zeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Land
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.5 Erstbehandelnder Arzt/Spital im Ausland bzw. in der Schweiz

Vorname	Name
Spital	Strasse, Nr.
PLZ, Ort	Land

4.6 Weiterbehandlung durch Arzt/Spital im Ausland bzw. in der Schweiz

Vorname	Name
Spital	Strasse, Nr.
PLZ, Ort	Land

4.7 Durch welche Versicherung sind Sie obligatorisch gegen Krankheit und/oder Unfall versichert?

Name der Versicherungsgesellschaft	Police-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)
Strasse, Nr.	PLZ, Ort

4.8 Waren Sie wegen des Leidens vorgängig bereits in der Schweiz in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn Ja, wann und bei wem?

Datum

von bis

Vorname	Name
Strasse, Nr.	PLZ, Ort

4.9 Sind Sie noch anderweitig versichert (Krankheit/Unfall/Transportkosten/ETI-Schutzbrief usw.) Ja Nein

Wenn Ja, welche Versicherungsgesellschaft?

Name der Versicherungsgesellschaft	Police-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)	Versicherungsdeckung
Strasse, Nr.	PLZ, Ort	

Haben Sie das Ereignis dieser Versicherung schon gemeldet? Ja Nein

4.10 Haben Sie eine separate Ferien- und Reiseversicherung abgeschlossen?

Bei der CSS? Ja Nein

Bei einer anderen Versicherungsgesellschaft? Ja Nein

Wenn Ja, welcher anderen Versicherungsgesellschaft?

Name der Versicherungsgesellschaft	Police-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)
Strasse, Nr.	PLZ, Ort

4.12 Dauer und Grund des Auslandsaufenthaltes

Datum

von bis

4.13 Bemerkungen

5 Reisegepäck/Annullierungskosten

5.1 Schadenart

Reisegepäck

Beschädigung

Diebstahl

Datum

Zeit

--	--

Ort

Land

--	--

5.2 Wurde ein Polizeirapport erstellt?

Nein

Ja, von welcher Amtsstelle

--

5.3 1. Zeuge

Vorname

Name

Telefon

--	--	--

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

--	--

5.4 2. Zeuge

Vorname

Name

Telefon

--	--	--

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

--	--

5.5 Wo befanden sich die Gegenstände zur Zeit des Schadens?

Falls im abgeschlossenen Auto, im Kofferraum? Ja Nein

5.6 **Gegenstände** ▶ Original-Kaufquittungen und Polizeirapport beilegen!

Gegenstand (Marke, Typ)	Kaufdatum/-ort	bezahlter Preis	heutiger Preis

Gemäss separater Liste

6 Zusätzliche Angaben (In jedem Falle auszufüllen)

6.1 Welche anderen Versicherungen besitzt der Versicherungsnehmer bzw. die geschädigte Person?

	Versicherungsgesellschaft	Policen-Nr.
<input type="checkbox"/> Motorfahrzeugversicherung (Kasko)		
<input type="checkbox"/> Rechtsschutz		
<input type="checkbox"/> Reisegepäck		
<input type="checkbox"/> Annullierungskosten		
<input type="checkbox"/> Hausrat		
<input type="checkbox"/> Krankheit/Unfall		
<input type="checkbox"/> Reisegepäck		

6.2 Besteht in der Hausratversicherung die Zusatzversicherung «einfacher Diebstahl auswärts»? Ja Nein

Wenn Ja, für wie viel?

CHF

7 Zahlung an

7.1 Name und Adresse des Empfängers

Vorname	Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

7.2 Kontoangaben des Empfängers

<input type="checkbox"/> Postscheckkonto	<input type="checkbox"/> Bankkonto
Kontonummer	Kontonummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	IBAN-Nr.
	<input type="text"/>
	Name der Bank
	<input type="text"/>

Bemerkungen

Die unterzeichnende Person erklärt, alle Fragen auf allen Seiten wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben.

Mit der Unterzeichnung der Schadenanzeige wird die CSS Versicherung ermächtigt, jederzeit gegenüber Ärzten, anderen Leistungserbringern, Sozial- und Privatversicherern und Behörden resp. ihren Gesellschafts- und Vertrauensärzten unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes Auskünfte zu erteilen bzw. bei diesen Stellen die erforderlichen Auskünfte einzuholen, die zur Beurteilung des Versicherungsschutzes notwendig sind. Die involvierten Stellen sind in diesen Fällen gegenüber der CSS Versicherung von ihrer Schweigepflicht und ihrem Berufsgeheimnis befreit.

Die unterzeichnende Person hat das Recht, über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten Auskunft zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Rechtsträger für Grundversicherung (KVG): CSS Kranken-Versicherung AG, Rechtsträger für Zusatzversicherungen (VVG): CSS Versicherung AG

Ort

Datum

Unterschrift der versicherten Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter