

Fallanmeldung

Patienten- oder Auslandschutz

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 das Contact Center 0844 277 277 gerne weiter. Vielen Dank.

Kundennummer

1 Allgemeine Auskünfte

1.1 Versicherte Person

Vorname	Name	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

1.2 Kontakt

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

1.3 Angaben zur Versicherungsdeckung

CSS Versicherung AG:

- Ambulantversicherung myFlex inkl. Patientenrechtsschutzversicherung (Orion PRS Police-Nr. 1.248.851)
- Ambulantversicherung myFlex inkl. Auslandschutzversicherung (Orion ARS Police-Nr. 1.248.852)
- Patientenrechtsschutzversicherung (Orion Police-Nr. 1.262.223)
- Auslandschutzversicherung im Rahmen der Reiseversicherung (Orion Police-Nr. 1.262.224)

INTRAS Versicherung AG:

- Patientenrechtsschutzversicherung (Orion Police-Nr. 1.245.965)

1.4 Angaben zum Schadenfall

Handelt es sich um einen Schadenfall, der die **Patientenrechtsschutzversicherung** betrifft, füllen Sie bitte die **Punkte 2, 4, 5 und 6** aus.

Handelt es sich um einen Schadenfall, der die **Auslandschutzversicherung** betrifft, füllen Sie bitte die **Punkte 3, 4, 5 und 6** aus.

2 Patientenrechtsschutzversicherung

2.1 Angaben zum Leistungserbringer

Wo wurden Sie behandelt? Spital Praxis Anderes

Name und Adresse des Leistungserbringers (Spital, Arzt, usw.)

Vorname	Name	Telefon
---------	------	---------

Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort
---------------------	---------

Name der Fachperson, die Ihrer Meinung nach den Behandlungsfehler/Kunstfehler gemacht hat:

Vorname	Name	Telefon
---------	------	---------

Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort
---------------------	---------

2.2 Angaben zum Schadenfall

Wann wurde die fehlerhafte Behandlung durchgeführt?

Datum

Worin liegt Ihrer Meinung nach der Behandlungsfehler/Kunstfehler?

Genauere Umschreibung

Welche Beschwerden haben Sie seit dieser Behandlung?

Genauere Umschreibung

Liegt eine Arbeitsunfähigkeit vor? Ja Nein

3 Auslandrechtsschutzversicherung

3.1 Worum geht es?

3.1.1 Wann hat sich das Ereignis zugetragen?

Datum

3.1.2 Wo hat sich das Ereignis zugetragen?

Ort, Land

3.1.3 Was ist vorgefallen? (Bitte genaue und möglichst ausführliche Schilderung des Ereignisses, evtl. mit Skizzen, Foto.)

(Verwenden Sie bitte ein weiteres Blatt, wenn dieses nicht genügt.)

3.1.4 Womit sind Sie nicht einverstanden und was wollen Sie erreichen?

3.1.5 Gegenüber wem wünschen Sie rechtliche Unterstützung?

3.2 Beschreibung des erlittenen Schadens

3.2.1 Wurde jemand verletzt?

Ja Nein

Vorname

Name

Wenn ja: Wer?

Art der Verletzung

Behandelnder Arzt/Spital

Unfallversicherung bei SUVA

Ja Nein

Name der Versicherungsgesellschaft

Police-Nr.

Andere Unfallversicherung

Krankenkasse

Name der Krankenkasse

Police-Nr.

3.2.2 Ist Sachschaden entstanden?

Ja Nein

Wenn ja: Art des Schadens?

Genauere Umschreibung

Ungefähre Höhe des Schadens

CHF

Wann und wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden?

Genauere Umschreibung

Eventuell leistungspflichtige eigene Versicherungen:

Name der Versicherungsgesellschaft

Police-Nr.

Name der Versicherungsgesellschaft

Police-Nr.

3.3 Verkehrsunfall oder Verkehrsregelverletzung

3.3.1 Fahrzeugdaten des von Ihnen benutzten Fahrzeuges:

Vorname des Halters

Name des Halters

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

Kontrollschild

Name, Adresse der Haftpflichtversicherung des benutzten Fahrzeuges

3.3.2 Falls Ihr Motorfahrzeug beschädigt wurde:

Besteht eine Kaskoversicherung?

Vollkasko

Teilkasko

Nein

Wenn ja:

Name, Adresse der Kaskoversicherung

Wurde der Schaden bereits gemeldet?

Ja

Schaden-Nr.

Nein

Wurde Ihr Fahrzeug bereits repariert?

Ja (Rechnung beilegen)

Nein

Wurde eine Expertise veranlasst?

Ja

Nein

Wenn ja:

Name, Adresse

3.3.3 Lenker des Motorfahrzeuges: (Nur ausfüllen, wenn nicht identisch mit Versicherungsnehmer oder Fahrzeughalter gemäss Ziffer 1.)

Vorname

Name

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon Privat

Mobile

Telefon Geschäft

E-Mail

3.3.4 Hatte der Lenker Ihres Motorfahrzeuges einen gültigen Fahrausweis?

Ja

Nein

3.3.5 Wurde ein Unfallprotokoll aufgenommen?

Ja

Nein

Wenn ja: von wem?

Polizei

Beteiligte Lenker

Andere

4 Belege und Beweismittel

Verträge, Korrespondenzen zum Fall

Datum der Zustellung des Entscheides

Verfügungen/Entscheide von Behörden

Allenfalls dagegen eingereichte Rechtsmittel

Unfallprotokoll

Polizeirapport

Arztzeugnis (bei Arbeitsunfähigkeit)

Arzt- und Spitalrechnungen

Fotos

Reparurrechnungen, Quittungen und andere Belege zum erlittenen Schaden

Kopien von Schadenmeldungen an andere Versicherungen (z.B. Haftpflicht oder Vollkasko)

Zeugen

Name, Adresse

Anderes / Beilagen

5 Zusätzliche Angaben

Besitzen Sie bzw. die versicherte Person noch weitere Rechtsschutzversicherungen?

Ja Nein

Name der Versicherungsgesellschaft

Police-Nr.

Name der Versicherungsgesellschaft

Police-Nr.

6 Unterschrift zur Ermächtigung

Die unterzeichnende Person ermächtigt die Orion Rechtsschutz-Versicherung AG, die CSS Kranken-Versicherung AG, die CSS Versicherung AG, Arcosana AG und INTRAS Kranken-Versicherung AG in die zum Zwecke der Vertragsabwicklung zwischen den bezeichneten Versicherern notwendigen, diesen Rechtsfall betreffenden Akten Einsicht zu nehmen, bei Bedarf gegenseitig auszutauschen und alle nützlich und notwendig erscheinenden Rechtshandlungen vorzunehmen. Ferner entbindet die unterzeichnende Person die Rechtsanwälte, die Ärzte sowie die Vertrauensärzte der hiervor genannten Versicherer im Zusammenhang mit dem gemeldeten Fall gegenseitig von ihrer beruflichen Schweigepflicht.

Ort

Datum

Unterschrift von der versicherten Person bzw. deren gesetzlicher Vertretung

Einsenden an:
CSS Versicherung
Kompetenzcenter Spezialversicherungen
Postfach 2568
6002 Luzern