

Kranken-Schadenmeldung ^{1/2}

Versicherung

Polizzenummer

VERSICHERUNGSNEHMER

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Straße

PLZ / Ort

Telefonnummer (von 8⁰⁰-16⁰⁰)

Beruf / Firmenart

ANGABEN ZUM EREIGNIS

Erstmaliges auftreten der Krankheit

Erstmalige Arzthilfe wegen dieser Krankheit

Diagnose / Art der Erkrankung

Name des behandelnden Arztes (Hausarzt)

Adresse des behandelnden Arztes (Hausarzt)

Art der bisherigen Behandlungen

Zeitraum der bisherigen Behandlungen

Zeitraum der früheren Krankenhausaufenthalte

Name des Krankenhauses

Bestehen andere gesetzliche oder private Krankenversicherungen?

Ja

Nein

Versicherungsanstalt

Polizzenummer/Mitgliedsnummer

Bemerkungen

Die Abwicklung des Schaden erfolgt durch das Versicherungsbüro Lichtblau, über das auch sämtliche Korrespondenz zu führen ist.

Bankverbindung für Entschädigungszahlung

Bankleitzahl

Bank

Kontonummer

Datum, Ort

Unterschrift des (der) Versicherungsnehmer(s)

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?

Ja

Nein

wird nachgereicht

Sonstiges