

Krankheits- und Unfallmeldung

bei Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit, Invalidität oder Spital- und Kuraufenthalt (inkl. Kollektiv-Unfall und UVG-Zusatzversicherung)

Police-Nr. _____

Schaden-Nummer _____

1 Versicherungsnehmer

Name, Vorname _____

Telefon _____

Strasse _____

E-Mail _____

PLZ, Ort _____

Name der Bank _____

Postkonto-Nr. _____

IBAN-Nr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2 Versicherte Person

Herr Frau

Name, Vorname _____

Geburtsdatum | | | | | | | | | |

Strasse _____

SV-Nummer (13-stellig) _____

PLZ, Ort _____

Nationalität _____

Telefon _____

Zivilstand _____

E-Mail _____

Jetzige Berufliche Tätigkeit _____

Ist die erkrankte Person quellensteuerpflichtig? Ja Nein

Name der Bank _____

Postkonto-Nr. _____

IBAN-Nr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3 Ereignis

Unfall Krankheit Mutterschaft

4 Unfalldatum/Erkrankungsdatum

Tag _____ Monat _____ Jahr _____ Bei Unfall: Zeit (Std., Min.) _____

5 Unfall

5.1 Unfallort

Wo ereignete sich der Unfall? (Ort, Stelle)

5.2 Unfallbeschreibung

Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Personen, Maschinen, Geräte, Fahrzeuge, Stoffe

6 Arbeitsunfähigkeit

Wann wurde die Arbeit niedergelegt?

Tag _____ Zeit _____

7 Arztadressen

Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik

5.3 Abklärung

Wer hat die Abklärung durchgeführt?

Untersuchung erwünscht? Ja Nein

Name der Zeugen

Wurden sie befragt? Ja Nein

5.4 Verletzung

Betroffener Körperteil (links/rechts)

Art der Schädigung

Falls Arbeit wieder aufgenommen, wann?

ganz teilweise, zu _____ %

Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik

8 Andere Versicherungen

Besteht für das vorliegende Ereignis noch eine andere Versicherung (Unfall-, Kranken und/oder Haftpflichtversicherung)? Ja Nein

Wenn ja, wo?

Bezieht die versicherte Person ein Taggeld oder eine Rente? Ja Nein

Wenn ja, bei wem?

Die versicherte Person ermächtigt die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG, die zur Abwicklung des Leistungsfalles erforderlichen Daten zu bearbeiten. Sie ermächtigt Zurich ferner zur Einsichtnahme in die amtlichen, gerichtlichen, medizinischen und sonstigen Akten, soweit diese für die Abklärung des Leistungsfalles notwendig sind, und entbindet in diesem Rahmen die behandelnden Ärzte und Fachleute vom Arztgeheimnis. Die versicherte Person ermächtigt Zurich, die aus diesem Leistungsfall bekannten Daten an Zurich Leben und/oder Genfer Leben, bei denen für dasselbe Ereignis weitere Policen bestehen, zur Bearbeitung dieser Leistungsfälle weiterzuleiten. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort und Datum

Unterschrift der Versicherungsnehmerin/
des Versicherungsnehmers

Unterschrift der versicherten Person
(sofern nicht mit Versicherungsnehmer/in identisch)
