

Schadenanzeige für Infektions- und Tropenerkrankungen

Versicherungsnummer

Trägerorganisation

Name der Trägerorganisation | Straße, Hausnummer | PLZ, Ort

Telefon | Fax | E-Mail

Versicherte Person

Name der versicherten Person | Geburtsdatum

Straße, Hausnummer | PLZ, Ort

Telefon | Fax | E-Mail

Angaben zur Infektions- oder Tropenerkrankung

Um welche Erkrankung handelt es sich?

Datum der Ersterkrankung

Erfolgte eine stationäre Behandlung? Nein Ja

Vorerkrankungen

Welcher Krankheiten oder gesundheitlichen Beschwerden bestanden bereits vor der Erkrankung?

Wird Rente bezogen oder läuft ein Rentenverfahren? Nein Ja, wegen:

Weitere Versicherungen

Bestanden oder bestehen weitere Krankenversicherungen, auch Gruppenversicherungen, bei anderen Gesellschaften? Nein Ja

Wenn ja, bitte Versicherungsgesellschaft und Versicherungsnummer angeben

Wichtiger Hinweis / Unterschrift

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind zur wahrheitsgemäßen und vollständigen Angabe der erfragten Daten verpflichtet. Die Gesellschaft wird von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich oder grob fahrlässig unvollständige oder wahrheitswidrige Angaben macht oder sich einer arglistigen Täuschung schuldig macht. Bei vorsätzlich falschen Angaben tritt diese Rechtsfolge auch dann ein, wenn dadurch weder die Festlegung oder der Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung beeinflusst wird. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere Ihres Verschuldens entspricht.

Ort, Datum | Unterschrift des Versicherungsnehmers

Ort, Datum | Unterschrift der versicherten Person

Schweigepflichtentbindung

Für (versicherte Person) | Versicherungsnummer

Ich ermächtige den Versicherer, jederzeit Auskünfte über frühere bestehende und bis zum Ende des Vertrages eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen sowie über beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen einzuholen. Dazu darf er Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenstationen aller Art, Versicherungsträger und Versorgungsämter befragen. Diese befreie ich von ihrer Schweigepflicht und ermächtige sie, dem Versicherer alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Ort, Datum | Unterschrift der versicherten Person