



TCS Notfall-Schutzbrief

Schadenmeldung für

Notfalltransport

Mobilitätseinschränkung

Kreuzen Sie bitte das zutreffende Kästchen an

TAS Versicherungen AG
Ch. de Blandonnet 4
Postfach 820
1214 Vernier

Tel. : +41 58 827 63 93
notfall.schutzbrief@tcs.ch
www.tcs.ch

Begünstigten-Nr.
(der verletzten oder erkrankten Person):

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Damit wir eine Versicherungsleistung erbringen können, benötigen wir von Ihnen einige wichtige Angaben.
Bitte füllen Sie diese Schadenanmeldung sorgfältig aus und legen Sie, soweit zutreffend, die **unter Punkt 4 genannten Unterlagen bei**.

1. Persönliche Angaben des Inhabers

Name:

Tel. Geschäft:

Vorname:

Tel. Mobil:

Strasse, Nr.:

E-Mail:

PLZ, Ort:

Wünschen Sie den Schriftverkehr zur Bearbeitung des Falles per E-Mail?

Tel. privat:

Ja Nein

Post- oder Bankverbindung

Kontoinhaber/-in:

Bank oder Post IBAN:

2. Persönliche Angaben des Begünstigten (der verletzten oder erkrankten Person)

Name:

Strasse, Nr.:

Vorname:

PLZ, Ort:

Begünstigter des gleichen Produktes: Ja Nein

Geburtsjahr:

Wenn Ja: Verwandtschaftsgrad.....

Bank oder Post IBAN:

Wenn Nein: Begünstigten-Nr. (der verletzten oder erkrankten Person)

Name, Adresse und Policennummer der Unfall-Krankenversicherung
(der verletzten oder erkrankten Person)

3. Beschreibung des Ereignisses

.....
.....
.....
.....

4. Benötigte Unterlagen zur Schadenbearbeitung

Wohnsitzbestätigung für alle mit dem Inhaber im gleichen Haushalt lebenden Personen (volljährige Kinder, Lebenspartner)

Als Bescheinigung des gleichen Haushaltes gelten (nur kürzlich ausgestellte Dokumente) wie z.B.:

- die Kopie eines Ausweises mit der genauen Adresse
- die Kopie der 1. Seite der Steuererklärung
- die Kopie der 1. Seite der Unfall/Krankenversicherung des Begünstigten (der verletzten oder erkrankten Person)

4.1 Notfalltransport

Entscheidung / Abrechnung der Unfall-Krankenversicherung des Begünstigten (der verletzten oder erkrankten Person)

Arztzeugnis oder Spitalaustrittsbericht / Spitalrapport

4.2 Mobilitätseinschränkung

Transportbeleg

Entscheidung / Abrechnung der Unfall-Krankenversicherung (der verletzten oder erkrankten Person)

4.3 Spesenabrechnung

Notfalltransport

| | | |
|--------|------------------|-------------------------------------|
| Datum: | Rechnungsbetrag: | Kostenbeteiligung der Versicherung: |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Mobilitätsdeckung

| | | | | |
|------------------------|------------------|------------------------|------------------|-------------------------------------|
| Datum: | Transportmittel: | Abfahrts- und Zielort: | Rechnungsbetrag: | Kostenbeteiligung der Versicherung: |
| | | | | |
| Grund der Fahrt: | | | | |
| Datum: | Transportmittel: | Abfahrts- und Zielort: | Rechnungsbetrag: | Kostenbeteiligung der Versicherung: |
| | | | | |
| Grund der Fahrt: | | | | |
| Datum: | Transportmittel: | Abfahrts- und Zielort: | Rechnungsbetrag: | Kostenbeteiligung der Versicherung: |
| | | | | |
| Grund der Fahrt: | | | | |
| Datum: | Transportmittel: | Abfahrts- und Zielort: | Rechnungsbetrag: | Kostenbeteiligung der Versicherung: |
| | | | | |
| Grund der Fahrt: | | | | |
| Datum: | Transportmittel: | Abfahrts- und Zielort: | Rechnungsbetrag: | Kostenbeteiligung der Versicherung: |
| | | | | |
| Grund der Fahrt: | | | | |
| Datum: | Transportmittel: | Abfahrts- und Zielort: | Rechnungsbetrag: | Kostenbeteiligung der Versicherung: |
| | | | | |
| Grund der Fahrt: | | | | |

5. Bestätigung und Vollmacht

Der/die Unterzeichnete ermächtigt den TCS, bzw. die TAS Versicherungen AG dazu, nötigenfalls Auskünfte über die Schadensregelung durch Dritte einzuholen sowie dass die behandelnden Ärzte gegenüber der TAS Versicherungen AG von ihrer Schweigepflicht befreit werden.

Wenn der Begünstigte gegenüber einem Dritten Ansprüche erheben kann, welche Leistungen entsprechen, die ihm vom TCS, der TAS Versicherungen AG erbracht wurden, so muss er diese Ansprüche an letztere abtreten.

Der Unterzeichnete bestätigt, dass die auf diesem Formular aufgeführten Angaben vollständig und der Wahrheit entsprechend sind und hat zur Kenntnis genommen, dass vorsätzlich unwahre oder unvollständige Angaben nach Eintritt des Versicherungsfalles die TAS Versicherungen AG von der Leistungspflicht befreien.

Ort und Datum: Unterschrift des Begünstigten: