



CSS

Versicherung

# Schadenmeldung

## Global Business Traveller und Trainees and Guests

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.  
Vielen Dank.

### 1 Produkt

#### Global Business Traveller

- Heilungskosten / Personenassistance  
 Todesfall- und Invaliditätskapital  
 Rechtsschutzversicherung

- Reisegepäckversicherung  
 Annullierungskostenversicherung

#### Trainees and Guests

- Heilungskosten  
 Todesfall- und Invaliditätskapital

### 2 Versicherungsnehmer

#### 2.1 Allgemeine Auskünfte

Unternehmen

Policennummer

#### 2.2 Ansprechperson

Vorname

Name

Telefon

### 3 Versicherte Person

Vorname

Name

Geschlecht

Weiblich  Männlich

Zivilstand

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Telefonnummern

Privat

Geschäft

### 4 Angaben zum Schadenereignis

Grund der Geschäftsreise

Datum Antritt

Datum Ende

### 5 Zahlung an

Versicherungsnehmer (Arbeitgeber)

Mitarbeiter

Andere Person

#### 5.1 Name und Adresse des Empfängers

Vorname

Name

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

## 5.2 Kontoangaben des Empfängers

Postcheckkonto

Postkontonummer

Bankkonto

IBAN

Name der Bank

## 6 Heilungskosten

### 6.1 Handelt es sich um

Krankheit

Unfall (bitte auch beiliegende Unfallanzeige ausfüllen)

### 6.2 Art der Verletzung bzw. der Erkrankung

Genauere Umschreibung

### 6.3 Wann und wo sind Sie verunfallt, bzw. erkrankt?

Datum

Zeit

Ort

Land

### 6.4 Welche Behandlungen wurden im Ausland durch den Arzt bzw. das Spital durchgeführt?

(Bitte medizinischen Bericht beilegen.)

### 6.5 Erstbehandlung

Vorname

Name

Telefon

Spital

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

### 6.6 Weiterbehandlung

Vorname

Name

Telefon

Spital

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

**6.6.1 Ambulante Behandlung** (Bitte Zahlungsnachweis beilegen – Auszug Kreditkarte o.ä.)

Von  bis

Kosten	Fremdwährung	CHF
Arzt	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medikamente (nur auf ärztliche Verordnung)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**6.6.2 Stationäre Behandlung** (Bitte Zahlungsnachweis beilegen – Auszug Kreditkarte o.ä.)

Von  bis

Kosten	Fremdwährung	CHF
Arzt	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medikamente (nur auf ärztliche Verordnung)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**6.7 Vorgängige Behandlung**

Waren Sie wegen des Leidens vorgängig bereits in der Schweiz in ärztlicher Behandlung?

Nein  Ja bei

Behandlung abgeschlossen am

**6.8 Haben Sie das Ereignis schon einem anderen Versicherungsträger gemeldet?**

Ja  Nein

**7 Reisegepäck**

**7.1**  Beschädigung  Diebstahl/wann und wo wurde dieser bemerkt?

**7.2 Wurde ein Polizeirapport erstellt?**

Nein  Ja, von welcher Amtsstelle?   
(Bitte Rapport beilegen)

**7.3 Zeuge**

Vorname  Name  Telefon   
Strasse, Hausnummer  PLZ/Ort

**7.4 Wo befanden sich die Gegenstände zur Zeit des Ereignis?**

### 7.5 Falls im abgeschlossenen Auto, im Kofferraum?

Ja  Nein

### 7.6 Gegenstände

(Marke/Typ)	Gekauft bei	Kaufdatum	Ersatzwert/Reparaturkosten

Gemäss separater Liste

## 8 Annullierungskosten

Grund für das Nichtantreten der Reise? **Bitte Original der Buchungsbestätigung mit Preisangaben beilegen!**


## 9 Zusätzliche Angaben (in jedem Falle ausfüllen)

Welche anderen Versicherungen besitzt der Versicherungsnehmer bzw. die geschädigte Person?

**Kaufquittungen, Polizeirapport, Reiseabrechnung sowie Arztzeugnis sind in Originalausführung einzusenden!**

Versicherungsart	Gesellschaft/Agentur	Policen-/Kundennummer
<input type="checkbox"/> Motorfahrzeugversicherung (Kasko)		
<input type="checkbox"/> Rechtsschutz		
<input type="checkbox"/> Reisegepäck		
<input type="checkbox"/> Annullierungskosten		
<input type="checkbox"/> Hausrat		
<input type="checkbox"/> Krankenversicherung gem. KVG		
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung gem. UVG (Arbeitgeber)		

## 10 Unterschriften

Der Anspruchsberechtigte bzw. sein gesetzlicher Vertreter erklärt hiermit, sämtliche Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Er ermächtigt die CSS, bei anderen Versicherungsträgern, Ärzten, Polizei- und Gerichtsstellen Auskünfte, welche diesen Leistungsfall betreffen, einzuholen.

Ort	Datum	Unterschrift versicherte Person