

### SCHADENMELDUNG – SNOW ASSIST & SKIPASS ASSUR

Damit wir Ihren Schadenfall rasch bearbeiten können, bitten wir Sie, uns dieses Formular vollständig sowie gut leserlich auszufüllen und alle notwendigen Dokumente beizulegen.

#### 1. Angaben zum Versicherungsnehmer

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

#### 2. Bankverbindung

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_ Bankinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ Postcheckkonto: \_\_\_\_\_

#### 3. Zweitversicherung

Name und Adresse Ihrer obligatorischen Versicherungen ? \_\_\_\_\_

Police-Nr.: \_\_\_\_\_

Haben Sie diese Versicherung über Ihren Fall informiert?  JA  NEIN

Haben Sie eine komplementäre Versicherung?  JA  NEIN

Wenn ja, welche? Name und Adresse: \_\_\_\_\_

Policen-Nr.: \_\_\_\_\_

Haben Sie diese Versicherung über Ihren Fall informiert?  JA  NEIN

#### 4. Art des Schadenfalls

- Rückerstattung von Ski-Abonnements und Tageskarten
- Rückerstattung von Ski-Kursen *(Nur möglich im Rahmen der Versicherung Snow Assist)*
- Rückerstattung der Ski-Miete *(Nur möglich im Rahmen der Versicherung Snow Assist)*
- Such- und Rettungskosten *(Nur möglich im Rahmen der Versicherung Snow Assist)*
- Transportkosten für Ambulanz und/oder Helikopter *(Nur möglich im Rahmen der Versicherung Snow Assist)*

#### 5. Angaben zum Schadenfall im Rahmen der Snow Assist Versicherung

Ort des Schadenfalls: \_\_\_\_\_ Datum und Zeitpunkt: \_\_\_\_\_

Intervenierte der Rettungsdienst der Skistation?  JA  NEIN Wenn ja, wie?: \_\_\_\_\_

Wenn nein, warum?: \_\_\_\_\_

Wurden Sie ins Spital transportiert?  JA  NEIN

Wenn ja, welches und mit welchem Transportmittel?: \_\_\_\_\_

**6. Angaben zum Schadenfall**

Grund der Annullierung/ des Abbruchs:  Krankheit  Unfall  Todesfall der versicherten Person  
 Krankheit  Unfall  Todesfall einer nahestehenden Person  
 Temporäre oder komplette Schliessung der Bergbahnen und Skianlagen

Zu welchem Zeitpunkt wurde die Reise annulliert oder abgebrochen? \_\_\_\_\_

Skiunfähigkeit: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Welche Personen sind davon betroffen?

Name, Vorname	Adresse	Verhältnis zur versicherten Person

Bitte präzisieren Sie in einer kurzen Zusammenfassung den Grund der Skiunfähigkeit oder der Nichtbenutzung des Skipasses

---



---

⇒ **Ausfüllen bei Reiseannulation**

Falls die Reise nicht unverzüglich annulliert wurde, geben Sie uns bitte die Gründe an:

---



---



---

⇒ **Ausfüllen bei Reiseabbruch**

Haben Sie vor Ort bei Krankheit/Unfall einen Arzt konsultiert?  JA  NEIN

Diagnose: \_\_\_\_\_

War eine Hospitalisierung notwendig?  JA  NEIN Falls ja, ab welchem Zeitpunkt: \_\_\_\_\_

Falls Sie keinen Arzt oder Spital vor Ort konsultiert haben, geben Sie uns bitte die Gründe an:

---



---



---

### Medizinischer Fragebogen

Dieser Fragebogen ist vom Arzt auszufüllen, wenn die Reise wegen Krankheit, Unfall oder Schwangerschaft **annulliert** wurde:

Name :	Geburtsdatum:
--------	---------------

Diagnose:
-----------

Erscheinungsdatum der ersten Symptome:
--

Datum der ersten Behandlung :
-------------------------------

Datum des Unfalls:
--------------------

Welche Behandlung wurde verschrieben?
---------------------------------------

Ab welchem Zeitpunkt konnte der Patient nicht mehr Ski fahren oder eine Wintersportart ausüben?
---

Konnte der Patient zum Zeitpunkt der Reservierung Ski fahren oder eine andere Wintersportart ausüben? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---

Zu welchem Zeitpunkt informierte Sie der Patient über seine Reservation?
--

Ab welchem Zeitpunkt wurde der Patient informiert, dass er nicht mehr Skifahren oder eine andere Wintersportart ausüben darf? Totale Skiunfähigkeit vom        bis
---

War eine Hospitalisierung notwendig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein        Wenn ja, an welchen Datum:
--

War eine Operation notwendig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein        Wenn ja, an welchen Datum:
---

Zu welchem Zeitpunkt wurde der Patient über die Operation informiert?
---

Im Falle einer Schwangerschaft, wann wurde diese festgestellt?
--

Im Falle einer bereits vorhandenen Pathologie, seit wann ist der Patient in Behandlung?
---

Wann war das letzte Behandlungsdatum für diese Pathologie?
--

Wichtige Bemerkungen, die für den Versicherungsanspruch bedeutend sind ( z.B. unerwartete Verschlechterung des Gesundheitszustandes):
---

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------

*Wir behalten uns vor, diese Angaben über den medizinischen Dienst der Europ Assistance zu überprüfen.*

## 7. Dokumenten und Beweisunterlagen

Bitte senden Sie uns die folgenden Dokumente zusammen mit der Schadenmeldung ein:

- Kopie der Tageskarte oder Ski-Abonnement
- Kopie des Arztzeugnisses
- Den medizinischer Fragebogen
- Kopie der Sterbeurkunde bei Todesfall
- Sonstige Dokumente der Ausgaben, wo eine Rückerstattung geltend gemacht wird

### 7.1 Nachweise zur Reiseannulation oder Reiseabbruch:

- Kopie des Arztzeugnisses
- Kopie der Sterbeurkunde

Hiermit ermächtige ich Europ Assistance, meine Angaben zu überprüfen und zu bearbeiten, welche zur Beurteilung der Leistungspflicht und zur Abwicklung des Schadenfalles notwendig sind. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte von ihrer Schweigepflicht und erlaube Drittpersonen wie beispielsweise Reiseagenturen, Transportunternehmen etc., weitere Informationen über meine Reiseannullierung zu geben. Mir ist bekannt, dass meine Ermächtigung unabhängig von einer Leistungserbringung seitens von Europ Assistance erfolgt. Europ Assistance verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen gemäss dem Datenschutzgesetz zu behandeln.

Falls erforderlich werden Daten an involvierte Dritte im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, zur Datenbearbeitung übermittelt. Europ Assistance wird ausserdem ermächtigt, bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche Akten Einsicht zu nehmen.

Ich erkläre, alle Angaben nach bestem Wissen und wahrheitsgetreu gemacht zu haben. Mir ist bewusst, dass Europ Assistance von der Leistungspflicht befreit ist, wenn ich als versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arglistig über Umstände zu täuschen versuche, die für den Grund oder die Höhe der Leistungen von Bedeutung sind.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_