

Schadenanzeige Medizinische Reise-Assistance

Die Dienstleistungen von Viseca Card Services SA Mastercard® Business Cards und Mastercard® Corporate Cards beinhalten eine **Medizinische Reise-Assistance**. Die Versicherung wird durch Viseca Card Services SA in Zusammenarbeit mit Versicherungspartnern angeboten.

Die Schadenanzeige ist zusammen mit allen dazugehörigen Originalunterlagen schriftlich einzureichen. Senden Sie bitte das ausgefüllte Schadenformular mit den entsprechenden Nachweisen an Viseca Card Services SA, Hagenholzstrasse 56, Postfach 7007, 8050 Zürich.

Zur Beurteilung Ihrer Schadenanzeige sind konkrete, vollständige Angaben sowie die rechtsgültige Unterschrift des Karteninhabers und berechtigter Firmenrepräsentanten notwendig.

Folgende Punkte sind zu beachten:

- Die Grundvoraussetzungen eines versicherten Schadenereignisses gemäss den AVB (Allgemeine Versicherungsbedingungen, erhältlich unter www.viseca.ch/versicherungen-unternehmen oder unter Telefon +41 (0)58 958 84 01) müssen gegeben sein.
- Massgebend für einen Leistungsanspruch sind in jedem Fall die AVB des jeweiligen Versicherers.
- Heilungskosten werden im Nachgang zur Krankenkasse beziehungsweise Unfallversicherung übernommen (ausgenommen allfälliger Franchisen und Selbstbehalte). Sämtliche Abrechnungen müssen zuerst bei der entsprechenden Kranken- oder Unfallversicherung eingereicht werden.
- Um die Leistungen der Medizinischen Reise-Assistance beanspruchen zu können, muss nach Eintritt des versicherten Ereignisses unverzüglich mit dem Versicherer Kontakt aufgenommen worden sein (via Viseca Card Services SA, Telefon +41 (0)58 958 82 85) und dessen Zustimmung zu allfälligen Assistance-Massnahmen sowie einer Kostenübernahme eingeholt worden sein.

Sobald Ihre Schadenanzeige mit allen Unterlagen bei Viseca Card Services SA eingetroffen ist, werden wir Ihr Anliegen prüfen und an den zuständigen Versicherungspartner weiterleiten.

Sollten noch weitere Informationen oder Unterlagen zur Bearbeitung Ihrer Schadenanzeige nötig sein, werden sich unsere Versicherungspartner schnellstmöglich mit Ihnen in Verbindung setzen.

Die endgültige Abwicklung des Schadens kann unter Umständen einige Zeit in Anspruch nehmen, da diverse Abklärungen notwendig sind. Wir danken Ihnen für Ihr entgegengebrachtes Vertrauen und Verständnis und zählen auf Ihre Unterstützung.

Angaben zum Karteninhaber

Name/Vorname: _____ Firmenname: _____
Kartenkonto-Nr.: **110** _____ Telefon: _____
(ersichtlich auf der Monatsrechnung) E-Mail: _____
Kartentyp: Business Card/Corporate Card Silber Geburtsdatum: TT MM JJJJ
 Business Card/Corporate Card Gold

Angaben zum Patienten

Name/Vorname: _____ Adresse: _____ Geburtsdatum: _____ Beziehung zum Karteninhaber: _____
TT MM JJJJ

Angaben zur Reisebuchung

Die Reise wurde gebucht am (Datum): _____ Art/Zweck der Reise: _____

Die Reise wurde gebucht bei (bitte Namen angeben): _____

Bei der Reservation handelt es sich um folgende Leistung(en):

Flug-/Bahn-/Schiffsreise Hotelaufenthalt
Reiseroute (von/nach): _____ Hotelname/Ort: _____

Reisedatum (von/bis): _____ Aufenthaltsdauer (von/bis): _____

Mietwagen Andere (z. B. Pauschalarrangement)
Vermieter und Ort: _____ Reiseleistung und Erbringer: _____

Mietdauer (von/bis): _____ Reisedatum (von/bis): _____

Weitere Angaben zur Reisebuchung: _____

Folgende Kreditkartentransaktionen (gemäss Kreditkartenabrechnung) entsprechen der gebuchten Leistung:

Datum:	Name/Ort des Vertragspartners:	Betrag in CHF:	Betrag in Fremdwahrung:	Gebuchte Leistung:
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Medizinische Reise-Assistance der Europ Assistance

Wegen eines medizinischen Notfalls während der Reise

- sind **Rückreise-, Rücktransport- oder Heimführungskosten** entstanden.
- sind **Such- und Rettungskosten** entstanden.
- sind **Heilungskosten** entstanden.
- wurden gebuchte Leistungen nur teilweise in Anspruch genommen (Reiseunterbruchversicherung).
- sind Unterkunftsmehrkosten entstanden (Reiseunterbruchversicherung).

Art des medizinischen Notfalls: schwere Krankheit Unfall Todesfall

Bitte präzisieren Sie in einer Zusammenfassung die Ereignisse, welche zum Schaden geführt haben (wenn nötig Zusatzblatt beifügen):

Zeitpunkt/Ort des Schadenereignisses (Datum/Uhrzeit/Ort/Land):

Bei Unfall: Angaben zu Art/Umfang der Verletzung:

Medizinische Diagnose:

Behandelnder Arzt:

Zeitpunkt/Dauer der Behandlung:

War eine Hospitalisierung notwendig? Ja Nein

Falls ja, ab welchem Zeitpunkt (inkl. Dauer):

Im Falle von Krankheit: Bei welcher Krankenkasse ist der Patient grundversichert? Policennummer:

Bestehen Zusatzversicherungen? Ja Nein

Falls ja, bei welchem Versicherer?

Policennummer:

Im Falle von Unfall: Bei welcher Unfallversicherung ist der Patient versichert? Policennummer:

Bestehen Zusatzversicherungen? Ja Nein

Falls ja, bei welchem Versicherer?

Policennummer:

Falls zutreffend: Name, Anschrift und Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers: Policennummer:

Wichtig: Bitte auch Folgeseiten ausfüllen!

Welcher Schaden ist aufgrund des medizinischen Notfalls entstanden? Bitte listen Sie die geltend gemachten Kosten auf:

Datum:	Leistung:	Verrechnet von:	Betrag in CHF:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Schadentotal: _____

Mitreisende, die vom medizinisch bedingten Reiseunterbruch betroffen sind:

Name/Vorname:	Adresse:	Beziehung zum Karteninhaber:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Besteht eine andere Reiseversicherung? Ja Nein
 Falls ja, bitte Versicherungsnehmer und Versicherer angeben. Policennummer: _____

Wurden diese über den Fall informiert? Ja Nein
 Falls ja, wurden Kosten übernommen? Welche?

Zwingend erforderliche Beilagen:

- Buchungsbestätigung
- Monatsabrechnungen mit Transaktionen für die gebuchten Leistungen
- Sonstige Dokumente bzw. offizielle Atteste, die den Eintritt des Schadens belegen (Polizeirapport etc.)

Zwingend erforderliche Beilagen (falls zutreffend):

- Kopie der medizinischen Kostenrechnungen
- Kopie der Kranken- oder Unfallversicherung
- Kopie des medizinischen Berichts mit Diagnose
- Kopie der Sterbeurkunde

Zusatzinformationen, Firmenangaben, Datum und Unterschrift

Weitere relevante Informationen zur Schadenanzeige (wenn nötig Zusatzblatt beifügen):

Angaben zur Firma

Firmenname: _____ Kontaktperson: _____
Strasse/Nr.: _____ Telefon: _____
PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

Bank- oder Postverbindung

Kontoinhaber: _____ bei Bank/Post: _____
IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Die Unterzeichnenden bestätigen hiermit, dass die obenstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht wurden, wahrheitsgetreu und vollständig sind.

Die unterzeichnenden, berechtigten Firmenrepräsentanten bestätigen hiermit, die Angaben des Antragstellers validiert und akzeptiert zu haben.

WICHTIG: Die Unterzeichnenden ermächtigen die Viseca Card Services SA, die für die Vertrags- und Schadenabwicklung notwendigen Kundendaten (insbesondere Personalien sowie Art und Dauer des Kartenvertrags) einschliesslich sämtlicher durch die versicherte Person bzw. durch einen berechtigten Firmenrepräsentanten eingereichten Unterlagen zu bearbeiten und dem Versicherer Europ Assistance (Schweiz) Versicherungen AG (nachstehend EUROP ASSISTANCE genannt) sowie Würth Financial Services AG (nachstehend WÜRTH genannt) bekannt zu geben bzw. weiterzuleiten. Dies geschieht ausschliesslich im Rahmen eines gemeldeten Versicherungsfalls zur Prüfung der vom Karteninhaber bzw. einem berechtigten Firmenrepräsentanten angemeldeten Versicherungsansprüche.

In Fällen, bei welchen eine allfällige Versicherungsdeckung besteht, ermächtigen die Unterzeichnenden EUROP ASSISTANCE und WÜRTH, die gemachten Angaben zu überprüfen und zu bearbeiten, welche zur Beurteilung der Leistungspflicht und zur Abwicklung des Schadenfalles notwendig sind. Zu diesem Zweck befreit die/der Unterzeichnende Ärzte von ihrer Schweigepflicht und erlaubt Drittpersonen, wie beispielsweise Reiseagenturen, Transportunternehmen, Vorsorgeeinrichtungen usw., weitere fallrelevante Informationen zu geben. Den Unterzeichnenden ist bekannt, dass ihre Ermächtigung unabhängig von einer Leistungserbringung seitens EUROP ASSISTANCE erfolgt. EUROP ASSISTANCE und WÜRTH verpflichten 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 und WÜRTH werden ausserdem ermächtigt, bei Stellen und Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche Akten Einsicht zu nehmen.

Die Unterzeichnenden nehmen zur Kenntnis, dass EUROP ASSISTANCE von der Leistungspflicht befreit ist, wenn die versicherte Person bzw. die versicherte Firma nach Eintritt des Versicherungsfalles arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder die Höhe der Leistungen von Bedeutung sind.

Wichtig: Dieses Formular ist nur mit der rechtsgültigen Unterschrift des Karteninhabers und berechtigter Firmenrepräsentanten auf der folgenden Seite gültig.

Unterschrift(en) der Firma

Name/Vorname und Funktion

Rechtsgültige Unterschrift
(falls erforderlich im Kollektiv)

Ort/Datum

Name/Vorname und Funktion

Rechtsgültige Unterschrift
(falls erforderlich im Kollektiv)

Ort/Datum

Firmenstempel

Unterschrift des antragstellenden Karteninhabers

Name/Vorname

Rechtsgültige Unterschrift

Ort/Datum