

# Fallanmeldung

## Patienten- oder Auslandschutz

Bitte füllen Sie das Formular als versicherte Person bzw. deren gesetzliche Vertretung vollständig aus und senden Sie es an die auf der letzten Seite aufgeführte Adresse. Nur so können wir Ihren Leistungsanspruch prüfen.  
Haben Sie Fragen? Unser Kundenservice-Center 0844 277 277 hilft Ihnen gerne weiter. Vielen Dank.

Kundennummer

### 1 Allgemeine Auskünfte

#### 1.1 Versicherte Person

Vorname	Name	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

#### 1.2 Kontakt

Telefon Privat	Mobile	Telefon Geschäft
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Um welche Zeit können wir Sie am besten erreichen?	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Wo?	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Geschäft
Kontaktperson bei Rückfragen		
<input type="text"/>		

#### 1.3 Angaben zur Versicherungsdeckung (wird von der CSS ausgefüllt)

##### CSS Versicherung AG:

- Ambulantversicherung myFlex und Gesundheitsversicherung Livo Top inkl. Patientenrechtsschutzversicherung (Orion PRS Police-Nr. 1.248.851)
- Ambulantversicherung myFlex und Gesundheitsversicherung Livo Top inkl. Auslandschutzversicherung (Orion ARS Police-Nr. 1.248.852)
- Patientenrechtsschutzversicherung (Orion Police-Nr. 1.262.223)
- Auslandschutzversicherung im Rahmen der Reiseversicherung (Orion Police-Nr. 1.262.224)
- Patientenrechtsschutzversicherung ex. INTRAS (Orion Police-Nr. 1.245.965)
- Ambulantversicherung inkl. Patientenrechtsschutzversicherung ex. Sanagate (Orion PRS Police-Nr. 1.262.225)
- Ambulantversicherung inkl. Auslandschutzversicherung ex. Sanagate (Orion ARS Police-Nr. 1.262.226)

#### 1.4 Angaben zum Schadenfall

Handelt es sich um einen Schadenfall, der die **Patientenrechtsschutzversicherung** betrifft, füllen Sie bitte die **Punkte 2, 4, 5 und 6** aus.

Handelt es sich um einen Schadenfall, der die **Auslandschutzversicherung** betrifft, füllen Sie bitte die **Punkte 3, 4, 5 und 6** aus.

### 2 Patientenrechtsschutzversicherung

#### 2.1 Angaben zur Leistungserbringerin oder zum Leistungserbringer

Wo wurden Sie behandelt?  Spital  Praxis  Anderes

Name und Adresse der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers (Arzt, Spital usw.)

Vorname	Name	Telefon
---------	------	---------

Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort
---------------------	---------

Name der Fachperson, die Ihrer Meinung nach den Behandlungsfehler/Kunstfehler gemacht hat:

Vorname	Name	Telefon
---------	------	---------

Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort
---------------------	---------

## 2.2 Angaben zum Schadenfall

Wann wurde die fehlerhafte Behandlung durchgeführt?

Datum

Worin liegt Ihrer Meinung nach der Behandlungsfehler/Kunstfehler?

Genauere Umschreibung

Welche Beschwerden haben Sie seit dieser Behandlung?

Genauere Umschreibung

Liegt eine Arbeitsunfähigkeit vor?  Ja  Nein

## 3 Auslandschutzversicherung

### 3.1 Worum geht es?

3.1.1 Wann hat sich das Ereignis zugetragen?

Datum

3.1.2 Wo hat sich das Ereignis zugetragen?

Ort, Land

3.1.3 Was ist vorgefallen? (Bitte genaue und möglichst ausführliche Schilderung des Ereignisses, evtl. mit Skizzen, Foto.)

(Verwenden Sie bitte ein weiteres Blatt, wenn dieses nicht genügt.)

3.1.4 Womit sind Sie nicht einverstanden und was wollen Sie erreichen?

3.1.5 Gegenüber wem wünschen Sie rechtliche Unterstützung?

**3.2 Beschreibung des erlittenen Schadens**

3.2.1 Wurde jemand verletzt?

Ja  Nein

Wenn ja: Wer?

Vorname

Name

Art der Verletzung

Behandelnde Fachperson/Spital

Unfallversicherung bei SUVA

Ja  Nein

Andere Unfallversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft

Police-Nr.

Krankenversicherung

Name der Krankenversicherung

Police-Nr.

3.2.2 Ist Sachschaden entstanden?

Ja  Nein

Wenn ja: Art des Schadens?

Genauere Umschreibung

Ungefähre Höhe des Schadens

CHF

Wann und wo kann die beschädigte Sache besichtigt werden?

Genauere Umschreibung

Eventuell leistungspflichtige eigene Versicherungen:

Name der Versicherungsgesellschaft

Police-Nr.

Name der Versicherungsgesellschaft

Police-Nr.

### 3.3 Verkehrsunfall oder Verkehrsregelverletzung

#### 3.3.1 Fahrzeugdaten des von Ihnen benutzten Fahrzeuges:

Vorname der Halterin oder des Halters

Name der Halterin oder des Halters

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

Kontrollschild

Name, Adresse der Haftpflichtversicherung des benutzten Fahrzeuges

#### 3.3.2 Falls Ihr Motorfahrzeug beschädigt wurde:

Besteht eine Kaskoversicherung?

Vollkasko

Teilkasko

Nein

Wenn ja:

Name, Adresse der Kaskoversicherung

Wurde der Schaden bereits gemeldet?

Ja

Schaden-Nr.

Nein

Wurde Ihr Fahrzeug bereits repariert?

Ja (Rechnung beilegen)

Nein

Wurde eine Expertise veranlasst?

Ja

Nein

Wenn ja:

Name, Adresse

#### 3.3.3 Lenkende Person des Motorfahrzeuges: (Nur ausfüllen, wenn nicht identisch mit Versicherungsnehmer/in oder Fahrzeughalter/in gemäss Ziffer 1.)

Vorname

Name

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon Privat

Mobile

Telefon Geschäft

E-Mail

3.3.4 Hatte die lenkende Person Ihres Motorfahrzeuges einen gültigen Fahrausweis?

Ja

Nein

3.3.5 Wurde ein Unfallprotokoll aufgenommen?

Ja

Nein

Wenn ja: von wem?

Polizei

Beteiligte Lenkende

Andere

#### 4 Belege und Beweismittel

Verträge, Korrespondenzen zum Fall

Datum der Zustellung des Entscheides

Verfügungen/Entscheide von Behörden

Allenfalls dagegen eingereichte Rechtsmittel

Unfallprotokoll

Polizeirapport

Arztzeugnis (bei Arbeitsunfähigkeit)

Arzt- und Spitalrechnungen

Fotos

Reparurrechnungen, Quittungen und andere Belege zum erlittenen Schaden

Kopien von Schadenmeldungen an andere Versicherungen (z.B. Haftpflicht oder Vollkasko)

Zeuginnen und Zeugen

Name, Adresse

Anderes / Beilagen

#### 5 Zusätzliche Angaben

Besitzen Sie bzw. die versicherte Person noch weitere Rechtsschutzversicherungen?

Ja  Nein

Name der Versicherungsgesellschaft

Police-Nr.

Name der Versicherungsgesellschaft

Police-Nr.

#### 6 Unterschrift zur Ermächtigung

Die Orion Rechtsschutz-Versicherung AG, die CSS Kranken-Versicherung AG und die CSS Versicherung AG bearbeiten die Daten, die Ihnen die unterzeichnende Person bekannt gibt und die sie mit deren Einwilligung von Dritten beschaffen, soweit jeweils notwendig zur Schadenabwicklung. Die unterzeichnende Person ermächtigt die hier vor genannten Versicherer in die zum Zwecke der Vertragsabwicklung zwischen den bezeichneten Versicherern notwendigen, diesen Rechtsfall betreffenden Akten Einsicht zu nehmen, bei Bedarf gegenseitig auszutauschen und alle nützlich und notwendig erscheinenden Rechtshandlungen vorzunehmen. Ferner entbindet die unterzeichnende Person die Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte, die Ärztinnen und Ärzte sowie die Vertrauensärztinnen und Vertrauensärzte der hier vor genannten Versicherer im Zusammenhang mit dem gemeldeten Fall gegenseitig von ihrer beruflichen Schweigepflicht.

Anwendung findet zudem die Datenschutzerklärung der CSS Versicherung AG auf [css.ch](http://css.ch)

Ort

Datum

Unterschrift von der versicherten Person bzw. deren gesetzlichen Vertretung

**Anschrift des Versicherers:**

CSS, Kompetenzzentrum Spezialversicherungen, Postfach 2568, 6002 Luzern