

# ARZTBERICHT ANNULLIERUNGSVERSICHERUNG AUFTRAG & ENTBINDUNG SCHWEIGEPLICHT

SEPTEMBER 2020

**An unsere Kundinnen und Kunden:** Um Ihren Schadenfall zu bearbeiten, benötigen wir einen Arztbericht. Bitte entbinden Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt von der Schweigepflicht und leiten Sie das Formular dann an sie/ihn weiter.

## PERSONALIEN

Name	Vorname
Strasse/Nr.	PLZ/Ort
Telefon	E-Mail
Policennummer (optional)	

## ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPLICHT

Mit Versand dieser Schadenmeldung erkläre ich mich damit einverstanden, dass die AWP P&C S.A. (Schweiz) zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht Angaben überprüft, die ich zur Begründung meines Anspruchs mache. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte und ihre Hilfspersonen, die in den von mir vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Behandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, und zwar über meinen Tod hinaus. Bezüglich einer bereits früheren Behandlung gilt diese Entbindung von der Schweigepflicht jedoch nur, soweit diese Angaben für die Überprüfung der Leistungspflicht erforderlich sind. Zudem erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Angaben im Rahmen der Schadenfallbearbeitung ggf. ganz oder teilweise an Dienstleister, die vergleichbaren Datenschutzstandards unterliegen, im Inland oder europäischen Ausland übermittelt werden können und dass die mich bzw. meinen Schadenfall betreffenden Personendaten, einschliesslich besonders schützenswerter Personendaten, den erwähnten Dienstleistungsunternehmen zum genannten Zweck zur Bearbeitung übermittelt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass für die Erbringung der Dienstleistung meine Personendaten unter Berücksichtigung der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und dem Schweizerischen Datenschutzgesetz (DSG) bearbeitet werden und bestätige, dass ich die Informationen zum Datenschutz (<https://www.allianz.ch/de/service/datenschutz>) gelesen und verstanden habe.

Ort und Datum

**An die behandelnden Ärzte:** Bitte senden Sie uns Ihren Arztbericht innert 5 Tagen per E-Mail an [claims.ch@allianz.com](mailto:claims.ch@allianz.com) oder per Post an AWP P&C S.A. (Schweiz), Schadenabteilung, Postfach, 8010 Zürich. Damit ermöglichen Sie uns eine schnelle Bearbeitung.

## FALL A: ANNULLIERUNG WEGEN EIGENER KRANKHEIT/EIGENEM UNFALL DER PATIENTIN/DES PATIENTEN

Wann war die erste Arztkonsultation und was war die Anamnese?

Welche Diagnose begründet die Reiseunfähigkeit und wann wurde sie gestellt?  
(Bei Schwangerschaft: was war der voraussichtliche Geburtstermin)

Wann informierte Sie die Patientin / der Patient über die Reise?

Am . . . . .

Wann wurde die Patientin / der Patient über seine Reiseunfähigkeit informiert?

Am . . . . .

Bestand zum Zeitpunkt der Buchung bei der Patientin / dem Patienten Reisefähigkeit?

Nein Ja

Wurden Medikamente verschrieben?

Nein Ja, folgende

Wurden weitere Behandlungen oder Nachkontrollen angeordnet?

Nein Ja, folgende

Erfolgte eine Operation?

Nein Ja, am . . . . . Der Termin wurde am . . . . . festgelegt.

War die Operation ein Wahleingriff?

Nein Ja

Musste die Patientin/der Patient stationär behandelt werden?

(Bitte Bericht beilegen wenn vorhanden)

Nein Ja, in . . . . . von . . . . . bis . . . . .

War die Patientin/der Patient arbeitsunfähig?

Nein Ja, wegen . . . . . von . . . . . bis . . . . .

**FALL B: ANNULLIERUNG WEGEN KRANKHEIT/UNFALL NICHT MIT-REISENDER BZW. NICHT VERSICHERTER PERSON**

Wie ist die Beziehung der Patientin/des Patienten zur versicherten Person?

Was war der Grund für die Annullierung und wann trat er auf?

Der Unfall ist am . . . passiert. Die Krankheit trat am . . . auf.

Was war die Diagnose? Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der versicherten Person im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des Patienten notwendig war?

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes