

NHC SCHADENANMELDUNG

Police-Nr.		Geburtsdatum (TT-MM-JJ)		
Vorname(n)		Familiename(n)		
Adresse/Land				
Telefon		E-mail		

Schadensart (bitte ankreuzen)

Krankheit/Verletzung Krankbegleitung/-besuch Zahnbehandlung Abbruch-Versicherung

Krankheit/Verletzung

Warum wurden Sie behandelt (Diagnose)?

Wann ist die Krankheit/Verletzung erstmals aufgetreten?

Haben Sie bereits früher diese Krankheit gehabt? Wenn ja, wann?

Name/Adresse des Krankenhauses/Arztes

Abbruch-Versicherung

Wer/was hat den Abbruch verursacht?

Wie ist/war die Person mit Ihnen verwandt?

Fügen Sie bitte das ärztliche Gutachten oder die Sterbeurkunde zusammen mit Dokumentation Ihrer Auslagen bei.

Andere Versicherungen

Haben Sie eine Krankenversicherung bei einer anderen Versicherungsgesellschaft? Nein Ja

Wenn ja, geben Sie bitte den Namen und die Adresse der Gesellschaft an _____

_____ Police-Nr. _____

Rückvergütung

Wir können Ihre Forderung auf Ihr Bankkonto überweisen, wenn Sie die notwendigen Details angeben:

Konto-Nr. _____

IBAN/BLZ _____ SWIFT Code/BIC _____

Name/Adresse der Bank _____



NORDIC
HEALTH CARE

