

## Schadenmeldung – Zurich City Triathlon

### 1. Angaben zum Versicherungsnehmer

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Land \_\_\_\_\_ Mobiltelefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### 2. Angaben zur Auszahlung der Leistungen

Bankkonto (IBAN) /Postkonto \_\_\_\_\_  
Name der Bank \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Bankkontoinhaber (Name, Adresse) \_\_\_\_\_

### 3. Zweitversicherung

Besitzen Sie eine andere Versicherung, die diese Art von Schäden abdeckt?  Ja  Nein  
Wenn ja, bei welchem Anbieter \_\_\_\_\_ Policen-Nr. \_\_\_\_\_

### 4. Angaben zur Anmeldung für den Triathlon

In welcher Kategorie haben Sie sich angemeldet?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Olympisch (individuell) | <input type="checkbox"/> Sprint (individuell) |
| <input type="checkbox"/> Olympique (Team)        | <input type="checkbox"/> Sprint (Team)        |
| <input type="checkbox"/> Jugendtriathlon         |   |

Datum der Anmeldung \_\_\_\_\_ Bezahlter Betrag \_\_\_\_\_

### 5. Angaben über den Grund der Annullierung

Aus welchem Grund sind Sie nicht in der Lage, am Triathlon teilzunehmen?

- |  |                                 |                              |   |
|--|---------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Krankheit         | <input type="checkbox"/> Unfall | <input type="checkbox"/> Tod | der versicherten Person                     |
| <input type="checkbox"/> Schwere Krankheit | <input type="checkbox"/> Unfall | <input type="checkbox"/> Tod | von einem Familienmitglied des Versicherten |

Annullierungsdatum \_\_\_\_\_

## 6. Einzureichende Belege

- Kopie der Rechnung/Anmeldebestätigung
- Kopie des ärztlichen Zeugnisses
- Kopie des Zahlungsnachweises

### Erklärung

Ich bestätige, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich den Anspruch auf Versicherungsleistung verlieren kann, wenn meine Angaben unwahr, unvollständig oder widersprüchlich sind, auch wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht. Ich bin damit einverstanden, wenn die Europ Assistance (Schweiz) AG bei Reiseveranstaltern und -vermittlern, bei Transportunternehmen, Behörden (Polizei, Gerichte etc.) anderen Versicherungsträgern etc. Auskünfte einholt und Akten einsieht und befreie die Genannten von ihrer gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht.

### Schweigepflichtentbindung

Ich ermächtige Europ Assistance (Schweiz) AG, meine Angaben zu überprüfen und zu bearbeiten, welche zur Beurteilung der Leistungspflicht und zur Abwicklung des von mir gemeldeten Schadenfalles notwendig sind. Dies gilt namentlich für medizinische Abklärungen bei Ärzten, Spitälern, usw. in deren Rahmen ich Ärzte und medizinisches Personal ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht befreie. Falls erforderlich werden Daten an involvierte Dritte im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, zur Datenbearbeitung übermittelt.

Ausführliche Informationen über die Datenbearbeitung in der jeweils gültigen Fassung sind unter [www.europ-assistance.ch/ch-de/vertraulichkeitserklärung](http://www.europ-assistance.ch/ch-de/vertraulichkeitserklärung) jederzeit abrufbar.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

---

---