

Schadenformular

FINISHERSCHUTZ - die Startgeldversicherung

FINISHERSCHUTZ 


Credit Life
INTERNATIONAL

Credit Life International

RheinLandplatz
41460 Neuss

Bitte beantworten Sie die Fragen ausführlich und senden Sie das Formular unterschrieben an:

E-Mail: finisherschutz@creditlife.net

Fax: 02131 2010 17260

Angaben zur versicherten Person, die zur Veranstaltung angemeldet war (VP)

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Angaben zur Veranstaltung

Datum der Anmeldung für die Teilnahme an der Veranstaltung	Startnummer	Name der Sportveranstaltung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Veranstalter	Geplanter Veranstaltungsbeginn	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Angaben zum Versicherungsfall (Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!)

Die Teilnahme an der Veranstaltung ist oder war mir aus gesundheitlichen Gründen (Krankheit oder Unfall) nicht möglich.

ja nein

Ich habe den Versicherungsfall nicht vorsätzlich herbeigeführt.

ja nein

Seit wann hat die krankheits- oder unfallbedingte Beeinträchtigung, die eine Teilnahme an der Sportveranstaltung verhinderte, bereits bestanden?

Datum

Wurde die Teilnahme an der Sportveranstaltung vollständig bezahlt?

ja nein (Wenn ja, bitte Nachweis beifügen)

Angaben zu weiteren Versicherungen

Besteht für die erkrankte / verletzte Person eine weitere vergleichbare Absicherung?

ja nein

Falls ja, bitte angeben:

Beigefügte Anlagen

- Nachweis der Zahlung des Startgeldes bzw. des Versicherungsbeitrages
 Anmeldebestätigung
 Ärztliches Attest und Schweigepflichtentbindungserklärung

Kontoangaben für die Erstattung im Versicherungsfall

Kontonummer / IBAN

Bankleitzahl / BIC

Name des Geldinstituts

Name, Vorname des Kontoinhabers (= versicherte Person)

Hinweis zur Schweigepflichtentbindungserklärung

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die RheinLand Versicherungs AG die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüft, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. dem ärztlichen Attest) ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die RheinLand Versicherungs AG benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung.

Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die RheinLand Versicherungs AG

Ich willige ein, dass die RheinLand Versicherungs AG die von mir mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Schlussklärung

Mir ist bekannt, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht. Vorstehende Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich willige ein, dass die RheinLand Versicherungs AG meine Gesundheitsdaten bei einem Arzt erhebt, speichert und zum Zwecke der Leistungsfallprüfung verwendet. Ich befreie den Arzt und seine Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen im Rahmen der Beantwortung der Fragen im nachstehenden Attest hinsichtlich der Nichtteilnahme an der vorgenannten Sportveranstaltung an die RheinLand Versicherungs AG übermittelt werden.

Ort, Datum_____
Unterschrift der versicherten Person**Ärztliches Attest über die Nichtteilnahme an der Sportveranstaltung:**

Der vorgenannten versicherten Person ist oder war die aktive Teilnahme als Sportler/in an der vorgenannten Sportveranstaltung aus gesundheitlichen Gründen (Krankheit oder Unfall) nicht möglich.

ja nein

Seit wann hat die krankheits- oder unfallbedingte Beeinträchtigung, die eine Teilnahme an der Sportveranstaltung verhinderte, bereits bestanden?

Datum

Ort, Datum_____
Unterschrift / Arztstempel

Etwaige Attestkosten trägt die Patientin / der Patient