



AIG Europe Limited, London  
Kundendienst Feldmeilen  
Postfach 306  
8706 Meilen

T +41 (0)43 333 3777  
F +41 (0)43 333 3790  
www.aigdirect.ch

Vorname: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**ACCIDENT CASH Schadenformular / Ärztliche Auskunft**

Police: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**A.** Dieser Abschnitt ist vom **Versicherungsnehmer** leserlich und in Blockschrift auszufüllen:

Unfallort und Datum: \_\_\_\_\_  
Unfallhergang: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Kontoverbindung der/des Versicherten:**

1. Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_  
2. Bank-Clearing Nummer: \_\_\_\_\_  
3. Kontonummer/IBAN: \_\_\_\_\_

**Einwilligung von Anspruchsstellern**

Durch die Zurverfügungstellung Ihrer Persönlichen Daten an AIG in Zusammenhang mit Ihrem Anspruch und Ihre Unterzeichnung des Formulars, willigen Sie ein in die Sammlung und Bearbeitung Ihrer Daten (einschliesslich Verwendung und Offenlegung), was auch sensitive Persönliche Daten miteinschliesst, so wie in der Datenschutzerklärung als Anhang zu diesem Anspruchsformular beschrieben, welche auch online erhältlich ist unter [www.aig.ch/ch-datenschutzrichtlinie](http://www.aig.ch/ch-datenschutzrichtlinie). Insbesondere willigen Sie ein in den Transfer Ihrer Persönlichen Daten ins Ausland. In dem Umfang, in welchem Sie AIG Persönliche Daten von anderen Personen zur Verfügung stellen (oder zur Verfügung stellen werden), bestätigen Sie, durch Ihre Unterschrift, dass Sie diese Personen über den Inhalt dieser Datenschutzerklärung informiert haben und dass Sie berechtigt sind, die Persönlichen Daten dieser Personen gegenüber AIG offenzulegen, so wie in der Datenschutzerklärung beschrieben.

**VOLLMACHT:**

Der/die unterzeichnete Patient/in (bzw. dessen Stellvertreter) entbindet hiermit die behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der AIG Europe Limited, London, Zweigniederlassung Zürich, Gutenbergstrasse 1, Postfach, CH-8027 Zürich.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**B.** Der folgende Abschnitt ist vom behandelnden **Arzt resp. vom Spital leserlich und in Blockschrift** auszufüllen. Ein **Stempel** sowie eine **Unterschrift** sind **zwingend** anzubringen.

Wurden **Knochenbrüche, Verbrennungen 2. und 3. Grades** oder **Verrenkungen**

als Diagnose **infolge** eines **Unfalls** festgestellt?  Ja  Nein

Wenn Ja, welche?

**1) Knochenbrüche** (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Becken  Ober-, Unterarm  Wirbelsäule  Oberschenkelknochen  Schlüsselbein  
 Ellbogen  Unterkiefer  Oberkiefer  Steissbein  Jochbein  
 Schädel  Unterschenkel  Wadenbein  Schulterblatt  Nase  
 Fuss  Kniescheibe  Rippe  Hand  Handgelenk  
 1 oder mehrere Zehe, Finger

Bitte genaue Diagnose auf Lateinisch angeben:

---

---

**2) Verbrennungen 2. und 3. Grades** (Bitte zutreffendes ankreuzen)

- Bis 4% der Körperfläche  Auf 4,5% oder mehr der Körperfläche  
 Auf 9% oder mehr der Körperfläche  Auf 18% oder mehr der Körperfläche  
 Auf 27% oder mehr der Körperfläche

Bitte genaue Diagnose auf Lateinisch angeben:

---

---

**3a) Verrenkungen** (Auskugelung, Ausrenkung oder Verschiebung eines Knochens aus einer Gelenkverbindung), die **OHNE Operation unter Anästhesie** behandelt wurden. (Bitte zutreffendes ankreuzen)

- Hüftgelenk  Kniegelenk  Fussgelenk  Schultergelenk  Handgelenk  
 Ellbogengelenk  Kiefergelenk  ein oder mehrere Finger oder Zehen

Bitte genaue Diagnose auf Lateinisch angeben:

---

---

**3b) Verrenkungen** (Auskugelung, Ausrenkung oder Verschiebung eines Knochens aus einer Gelenkverbindung), die **MIT Operation unter Anästhesie** behandelt wurden. (Bitte zutreffendes ankreuzen)

- Hüftgelenk  Kniegelenk  Fussgelenk  Schultergelenk  Handgelenk  
 Ellbogengelenk  Kiefergelenk  ein oder mehrere Finger oder Zehen

Bitte genaue Diagnose auf Lateinisch angeben:

---

---

**Zusatzfragen:**

Stand der Patient zum Zeitpunkt des Unfalles unter Alkohol- oder Drogeneinfluss?  Ja  Nein

Wenn ja, Alkoholgehalt / Droge: \_\_\_\_\_

Ereignete sich der Unfall bei der Ausübung einer Sportart?

Ja  Nein Wenn ja, welche Sportart: \_\_\_\_\_

Durch welchen Arzt wurde die Diagnose festgestellt?

\_\_\_\_\_

Name und Ort der Klinik: \_\_\_\_\_

Ort und Datum:

Arzt-Stempel und Unterschrift:

Formular senden an:

AIG Kundendienst  
Postfach 306  
8706 Meilen