

Rückerstattung einer Krankenwagen- oder Rettungshubschrauberrechnung

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich, Unterzeichnete(r),

Name und Vorname	
------------------	--

erkläre,

dass die eingesendete Krankenwagen-/Rettungshubschrauberrechnung von

Name und Vorname	
Nationalregisternummer	
Datum des Transportes	

von einer anderen Versicherung oder einer anderen Organisation übernommen werden kann:

- Ja
 Nein

Der Transport

– betrifft einen Tagesaufenthalt oder einen stationären Aufenthalt.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
– ist ein Verlegungstransport von einem Krankenhaus in ein anderes Krankenhaus.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
– ist die Folge eines Unfalls bei der Ausübung einer gefährlichen Sportart. (*) (falls ja, bitte eine Unfallerklärung ausfüllen und nachsenden) (*) Bungeespringen, Rafting, Kampfsport, Bergsteigen, Klettern, Skiakrobatik, Schanzensprung, Fallschirmspringen, Drachenfliegen, Gleitschirmfliegen, Ultraleichtflug, Auto-, Motorrad- oder Außenbordmotorrennen, Hillclimbing, Höhlenkunde, Tauchsport	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
– ist die Folge eines anderen Unfalls. (falls ja, bitte eine Unfallerklärung ausfüllen und nachsenden)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
– betrifft eine Dialyse, Chemo- oder Radiumtherapie. (falls ja, bitte die offizielle Bestätigung des Krankenhauses beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Datum	
Unterschrift	