

KOSTENÜBERNAHMEFORMULAR

PATIENTENANGABEN

Name, Vorname

Adresse

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail Adresse

Einsatzdatum

Arbeitsgeber

Rückerstattungsempfänger (Name+Vorname)

IBAN oder PCC

Bank

Air-GlaciERS Mitgliedsnummer

Name der Grundversicherung (LAMal)

Name der Zusatzversicherung

ANDERE DIENSTLEISTER

Verfügen Sie über eine Rettungskarte bei einen der folgenden Anbieter?

Air Zermatt N°

Rega N°

AAA N°

Haben Sie Anspruch auf Zusatzleistungen ?

ja nein

KONTAKTPERSON UND/ODER ERZIEHUNGSBERECHTIGTER (FALLS NICHT GLEICH ALS PATIENTENDATEN)

Name

Vorname

Damit wir Ihre Anfrage bearbeiten können, bitten wir Sie, uns die folgenden Unterlagen, per E-Mail oder per Post zu schicken:

BEIZUFÜGENDE DOKUMENTE

Kopie der Transpotrechnung

Leistungsabrechnungen den verschiedenen Versicherungen

Erst nach Eingang aller erforderlichen Unterlagen wird Ihre Anfrage bearbeitet.

Bei fehlenden Dokumenten behält sich Air-GlaciERS das Recht vor, den Antrag nicht weiterzuverfolgen.

AIR-GLACIERS SA

Route de l'Aéroport 25, 1950 Sion, Switzerland

T: +41 27 329 14 18 E: infocarte@air-glaciERS.ch W: air-glaciERS.ch

