

KOSTENÜBERNAHMEFORMULAR

PATIENTENANGABEN

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse

Telefonnummer

E-Mail Adresse

Einsatzdatum

Rettungsgrund

Arbeitgeber

Rückerstattungsempfänger
(Name+Vorname+Adresse)

IBAN oder PCC

Bank

Air-GlaciERS Mitgliedsnummer

Name der Grundversicherung (LAMal)

Name der Zusatzversicherung

ANDERE DIENSTLEISTER

Verfügen Sie über eine Rettungskarte bei einem der folgenden Anbieter?

☐ Air Zermatt N°

☐ Rega N°

☐ AAA N°

Besitzern Sie den TCS-Notfallschutzbrief?

☐ ja ☐ nein

Sind Sie bei der Ausgleichskasse angemeldet und erhalten deshalb Zusatzleistungen?

☐ ja ☐ nein

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

Name, Vorname, Telefonnummer, E-Mail Adresse

BEIZUFÜGENDE DOKUMENTE

Kopie der Transportrechnung ☐

Leistungsabrechnungen der 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.

☐ **Ich ermächtige Air-GlaciERS, meine Versicherungen zu kontaktieren und Maßnahmen zu ergreifen, um die fehlenden Dokumente oder Informationen für meinen Rückerstattungsantrag zu beschaffen.**

Unterschrift: _____

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

