

Schadenanzeige // Notice of Claim

Tarif **EX365** der Generali Deutschland Krankenversicherung AG //
 Tariff **EX365** underwritten by Generali Deutschland Krankenversicherung AG

Wichtig! Die Leistungsabwicklung erfolgt im Auftrag der Generali Deutschland Krankenversicherung AG durch die DR-WALTER GmbH. Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und denken Sie bitte daran, die Originalrechnungen und Rezepte mit einzureichen.

Important! Claims are handled by DR-WALTER GmbH on behalf of Generali Deutschland Krankenversicherung AG. Please fill in the form fully and don't forget to hand in your original invoices and prescriptions as well.

Versicherungsnummer (sofern bekannt) // Insurance Number (if known)

Persönliche Daten der versicherten Person // Personal data of the insured

Familiennamen // Family name		Vorname // First name	
Geburtsdatum (T, M, J) // Date of birth (dd, mm, yy)	Telefonnummer // Phone number	E-Mail // Email	
Reiseland // Travel destination	Reisebeginn // Trip start date	Ursprünglich geplantes Reiseende // Scheduled end of trip	
Adresse im Heimatland // Contact address in your home country			
Adresse im Zielland (wenn Reise noch nicht beendet) // Contact address at your destination (if your trip hasn't ended yet)			

Kostenerstattung // Reimbursement

Art // Type of document	Anzahl // Amount	Beschwerden/Diagnose // Symptoms/Diagnosis	Betrag // Sum	Währung // Currency
Arztrechnung(en) // Doctor's bill(s)				
Arzneimittelrechnung(en) // Drug bill(s)				
Krankenhausrechnung(en) // Hospital bill(s)				
Sonstige Kostenbelege // Other receipts				

Sofern Behandlungskosten aufgrund eines Unfalls entstanden sind, teilen Sie uns bitte mit, ob der Unfall durch Sie selbst oder durch Dritte verursacht wurde. // If the costs incurred result from an accident, please let us know if the accident has been caused by you or by a third party.

Ihre Bankverbindung (wenn die Abrechnung mit Ihnen erfolgen soll) // Your bank data (if you are the person to receive the reimbursement)

Name des Kontoinhabers // Name of the account holder	
IBAN	BIC

Name der Firma/des Generali-Gruppenvertragspartners // Company name/Name of Group insurance partner

Die ärztlichen Behandlungen wurden auf einer beruflich veranlassten Reise notwendig, veranlasst durch: // The medical treatments became necessary while being sent on a business trip by:

Erklärungen zum Datenschutz/Unterschrift // Declaration on data protection/Signature

Ich willige ein, dass die Generali im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus Versicherungsfällen ergeben, zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt.

Ich willige ein, dass die Unternehmen der Generali Deutschland Gruppe und die DR-WALTER GmbH, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung Ihrer Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vermittler weitergeben.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Diese Einwilligung gilt im Zusammenhang mit dem Merkblatt zur Datenverarbeitung, das Ihnen auf Anforderung zugesandt wird, aber auch im Internet (www.generali.de) abrufbar ist.

I agree that Generali may transmit those data deemed necessary with reference to claims, risk evaluation and subrogation to other insurance companies and/or to the German Association of Private Health Insurance Companies so that the latter may pass on this data to other insurance companies.

I agree that the companies of Generali Group Germany and DR-WALTER GmbH may store collective data on contract, billing and claims handling and pass on these data to their insurance agents in order to ensure the due transaction of insurance matters.

Medical data may only be transmitted to health, life, accident and reinsurance companies; it may only be passed on to insurance agents if required for contract handling.

This declaration of consent shall be valid in combination with the information sheet on data processing which can be sent to you on request but which can also be found in the Internet at www.generali.de.

Ort, Datum // Date and place

Unterschrift der versicherten Person bzw. (bei Minderjährigen) des gesetzlichen Vertreters // Signature of the insured person or – in case of minors – of his or her legal guardian

Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt an // Please return this form to

DR-WALTER GmbH, Eisenerzstr. 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Germany, T +49(0)2247 9194-0, F +49(0)2247 9194-20, info@dr-walter.com
 Im Auftrag der Generali Deutschland Krankenversicherung AG, Sitz: München, Amtsgericht München HRB 257065, Adenauerring 7, 81737 München.

EX365 – Schadenanzeige – 010720