

## Schadenanzeige Auslandskrankenversicherung

**Wichtig!** Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und denken Sie bitte daran, die Originalrechnungen und Rezepte mit einzureichen.

Versicherungsnummer

### Persönliche Daten der versicherten Person

Familienname

Vorname

Geburtsdatum (T, M, J)

Telefonnummer

E-Mail

Reiseland

Reisebeginn

Ursprünglich geplantes Reiseende

Adresse im Heimatland

### Adresse im Zielland (wenn Reise noch nicht beendet)

c/o Name der Gastfamilie

Telefonnummer

Adresse im Zielland

### Kostenerstattung

Art	Anzahl	Betrag	Währung
Arztrechnung(en)			
Arzneimittelrechnung(en)			
Krankenhausrechnung(en)			
Sonstige Kostenbelege			

**Bitte geben Sie die Bankverbindung an, wenn die Abrechnung mit Ihnen erfolgen soll.**

Kontoinhaber (Vorname, Nachname)

IBAN

BIC

## Angaben zum Krankheitsverlauf bzw. Unfallgeschehen

Bitte reichen Sie den Arzt- bzw. Befundbericht (in Kopie) ein.

Bitte Schildern Sie mit eigenen Worten den Krankheitsverlauf bzw. Ihre Beschwerden, bei Unfall den Unfallhergang

Wie lautet die vom Arzt gestellte Diagnose?

Wann trat die Erkrankung erstmalig auf?

Wurden Sie wegen dieser Erkrankung vor dieser Reise schon einmal behandelt?  Ja  Nein

Wenn ja, Name und Anschrift des Arztes

Bei welchem Arzt waren sie nach der Reiserückkehr zur Nachbehandlung? (Name und Anschrift)

## Angaben zu weiteren Versicherungsverträgen

In welcher Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung sind Sie Mitglied? (Name, Anschrift und Mitgliedsnummer)

Wurde bei einer anderen Stelle (z. B. gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, Beihilfestelle) ein weiterer Erstattungsantrag gestellt? (ggf. Erstattungsnachweis einreichen)  Ja  Nein

Besteht eine weitere Krankenversicherung mit Auslandsschutz? (z. B. über Kreditkarte, oder sind Sie Mitglied beim ADAC, dem Roten Kreuz oder einer anderen Vereinigung, die in Notfällen Rettungsdienstleistungen anbietet?)  Ja  Nein

Name, Anschrift und Mitglieds- bzw. Kreditkartennummer angeben

## Wichtiger Hinweis / Unterschrift

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind zur wahrheitsgemäßen und vollständigen Angabe der erfragten Daten verpflichtet. Die Gesellschaft wird von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich oder grob fahrlässig unvollständige oder wahrheitswidrige Angaben macht oder sich einer arglistigen Täuschung schuldig macht. Bei vorsätzlich falschen Angaben tritt diese Rechtsfolge auch dann ein, wenn dadurch weder die Festlegung oder der Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung beeinflusst wird. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere Ihres Verschuldens entspricht.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

## Schweigepflichtentbindung

Für (versicherte Person)

Versicherungsnummer

Ich ermächtige den Versicherer jederzeit Auskünfte über frühere bestehende und bis zum Ende des Vertrages eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen sowie über beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen einzuholen. Dazu darf er Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenstationen aller Art, Versicherungsträger und Versorgungsämter befragen. Diese befreie ich von ihrer Schweigepflicht und ermächtige sie, dem Versicherer alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person