

## Schadenanzeige Auslandskrankenversicherung // Notice of Claim – Travel Health Insurance

**Wichtig!** Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und denken Sie bitte daran, die Originalrechnungen und Rezepte mit einzureichen. // **Important!** Please fill in the form fully and don't forget to hand in your original invoices and prescriptions as well.

Versicherungsnummer // Insurance Number

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

Familienname // Family name

Vorname // First name

Geburtsdatum (T, M, J) // Date of birth (dd, mm, yy)

Telefonnummer // Phone number

E-Mail // Email address

Reiseland // Travel destination

Reisebeginn // Trip start date

Ursprünglich geplantes Reiseende // Scheduled end of your 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)

c/o Name der Gastfamilie // c/o Name of the host family

Telefonnummer // Phone number

Adresse im Zielland // Contact address at your destination

### Kostenerstattung // Reimbursement

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

**Bitte geben Sie die Bankverbindung an, wenn die Abrechnung mit Ihnen erfolgen soll. // Please enter your bank data if you are the person to receive the reimbursement.**

Kontoinhaber (Vorname, Nachname) // Account holder (first name, family name)

IBAN

BIC

## Angaben zum Krankheitsverlauf bzw. Unfallgeschehen // Information about the course of disease or the accident

Bitte reichen Sie den Arzt- bzw. Befundbericht (in Kopie) ein. // Please hand in (a copy of) the medical report or report of findings.

Bitte schildern Sie mit eigenen Worten den Krankheitsverlauf bzw. Ihre Beschwerden, bei Unfall den Unfallhergang // Please describe the course of disease or your ailments in your own words; in case of an accident, please describe what happened.

Wie lautet die vom Arzt gestellte Diagnose? // What diagnosis was made (by the doctor)?

Wann trat die Erkrankung erstmalig auf? // When did the disease occur for the first time?

Wurden Sie wegen dieser Erkrankung vor dieser Reise schon einmal behandelt? // Have you ever received any treatment for the disease prior to your trip?

Ja // Yes  Nein // No

Wenn ja, Name und Anschrift des Arztes // If that was the case, please enter the name and address of the respective doctor

Bei welchem Arzt waren sie nach der Reiserückkehr zur Nachbehandlung? (Name und Anschrift) // Which doctor treated you after your return? (name and address)

## Angaben zu weiteren Versicherungsverträgen // Information about other insurance policies

In welcher Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung sind Sie Mitglied? (Name, Anschrift und Mitgliedsnummer) // Please name your health insurance company or private health insurance (name, address and membership number).

Wurde bei einer anderen Stelle (z. B. gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, Beihilfestelle) ein weiterer Erstattungsantrag gestellt? (ggf. Erstattungsnachweis einreichen) // Did you file another request for reimbursement with any other body, such as compulsory or private health insurance, benefits office, etc. (if so, please hand in proof of reimbursement)

Ja // Yes  Nein // No

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?) // Do you have another travel health insurance policy (e.g. through your credit card, or are you a member of ADAC, Red Cross or any other association providing rescue services in case of an emergency)?

Ja // Yes  Nein // No

Name, Anschrift und Mitglieds- bzw. Kreditkartennummer angeben // Please enter the name, address and membership or credit card number

## Wichtiger Hinweis/Unterschrift // Important advice/signature

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.

The policyholder and the insured person are required to provide true, accurate and complete information on the data requested. The insurance company is released from its obligation to perform if the policyholder or the insured person intentionally or with gross negligence provides incomplete or incorrect information or commits fraudulent misrepresentation. In case of intentionally incorrect information, this legal consequence also ensues if it neither affects the assessment nor the scope of benefits incumbent on the insurer. If you act grossly negligent when violating an obligation, we are entitled to reduce our payment proportional to the severity of your fault.

Ort, Datum // Place and date

Unterschrift des Versicherungsnehmers // Signature of the policyholder

## Schweigepflichtentbindung // Waiver of physician-patient privilege

Für (versicherte Person) // For (insured person)

Versicherungsnummer // Insurance Number

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.

I authorize the insurer to gather information at any time on the following: former and existing diseases, consequences of an accident and ailments; diseases, consequences of an accident and ailments occurring prior to the termination of the contract; applied-for, existing or terminated personal insurance. For this purpose, the insurer is permitted to question doctors, dentists, non-medical practitioners, all kinds of hospital wards, insurance institutions and pension offices. I hereby release them from their physician-patient privilege and authorize them to provide any necessary information to the insurer.

Ort, Datum // Place and date

Unterschrift der versicherten Person // Signature of the insured