

Schadensanzeige / Reisekranken-Versicherung

Bitte senden Sie alle Unterlagen an:
Europäische Reiseversicherung AG
Leistungsabteilung
Postfach 80 05 45
81605 München

Telefon (0 89) 41 66-17 99

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

A Allgemeine Angaben

Name der versicherten Person

Name / Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Telefon mit Vorwahl (privat)

Telefon mit Vorwahl (geschäftlich)

E-Mail-Adresse

Bitte Name und Anschrift des berechtigten Empfängers der Versicherungsleistung angeben:

Kontoinhaber

Name des Kreditinstituts

Bankleitzahl

Konto-Nummer

Bitte immer bei Überweisung außerhalb Deutschlands angeben:

IBAN-Nr.

BIC-Code

Versicherungsnummer

Wann und wo wurde die Versicherung erworben?

Bitte reichen Sie uns Ihren Versicherungsnachweis ein (z. B. Prämienrechnung, Kontoauszug mit abgebuchter Prämie und ausgewiesenem Versicherungstarif, Buchungsbestätigung mit Versicherungsabschluss, bei einer Jahresversicherung eine Kopie des Versicherungsscheins, Kopie der Kreditkarte ...)

B Angaben zur versicherten Reise

Wie wurde die Reise geplant? Reiseveranstalter privat

Geplante Dauer der Reise

Datum von

bis

Tatsächlicher Beginn

Datum

Uhrzeit

Tatsächliches Ende

Datum

Uhrzeit

Anschrift am Ort der Erkrankung / des Unfalls

Besteht im Land der Erkrankung / des Unfalls ein (Zweit-)Wohnsitz? Ja Nein

Vorgangs-Nummer

C Angaben zum Versicherungsfall

1. Tag des Krankheitsbeginns bzw. Unfalls

Datum

2. Nur ausfüllen bei Erkrankung

2.1. Art der Erkrankung (Bitte genaue Krankheitsbezeichnung mit Krankheitsverlauf angeben.)

2.2. Seit wann bestehen die Beschwerden und wann und durch wen wurden diese erstmals behandelt?

2.3. Bei welchen Ärzten stand die erkrankte Person in den letzten 12 Monaten vor Reiseantritt in Behandlung? Wer übernimmt die Weiterbehandlung nach der Rückkehr? (Bitte jeweils Name und Anschrift sowie Behandlungszeitraum und Diagnose angeben. Reicht der Raum nicht aus, bitte gesondertes Blatt beifügen.)

3. Nur ausfüllen bei Unfällen

a) Wurde der Unfall durch Dritte verursacht? Ja Nein

Wenn ja, bitte Name(n) und Anschrift(en) des Unfallverursachers und dessen Haftpflichtversicherung angeben.

b) Waren noch andere Personen am Unfall beteiligt? Ja Nein

Wenn ja, bitte Name(n) und Anschrift(en) der Personen angeben.

4 a) Fand eine stationäre Behandlung statt?

Ja Nein

Falls ja, bitte Befundbericht beifügen.

Datum von

bis

Wo?

b) Wie hat die versicherte Person die Rückreise angetreten?

wie zu Beginn der Reise geplant

Krankenwagen

Flugzeug

Ambulanzflug

Stretcher

Sonstiges

c) Wurde unsere Notrufzentrale eingeschaltet?

Ja

Nein

Falls nicht, bitte Begründung angeben.

5. Nur ausfüllen bei Todesfall

5.1. Wann ist die versicherte Person verstorben?

Datum

ggf. Sterbeurkunde beifügen

5.2. Worin lag die Todesursache?

5.3. Bitte führen Sie detailliert die entstandenen Kosten auf:

Hierzu sind alle Rechnungen entweder im Original oder in Fotokopie mit dem Erstattungsvermerk eines anderen Versicherers vorzulegen

Rechnungsart (z. B. für Behandlung oder Medikamente)	Rechnungsdatum	Fremdwährung	Umrechnungskurs	€	bereits bezahlt	
					Ja	Nein
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wichtiger Hinweis:

Die versicherte Person trägt einen Selbstbehalt von € 100,-.
Der Selbstbehalt entfällt, sofern die versicherte Person (Punkt A) minderjährig ist oder den Schadensfall **vorab** einem anderen Leistungsträger zur Erstattung einreicht **und** dieser sich an der Schadensregulierung beteiligt.

Wie wurden die Rechnungen bezahlt (bar, Kreditkarte ...)? Bitte Belege beifügen, bei Barzahlung bitte Währung angeben.

6. Wurde von anderer Seite bereits eine Entschädigung geleistet? Ja Nein

6.1. Wenn ja, von wem? _____

6.2. In welcher Höhe? € _____

6.3. Wenn (noch) nicht geleistet wurde, ist eine Entschädigung beantragt? Ja Nein

6.4. Wenn ja, bei wem? _____

Name, Anschrift

D Angaben zu anderen Versicherungen

1. Welcher Krankenkasse (z. B. AOK, DAK, Barmer) bzw. welcher privaten Zusatzversicherung mit Auslandskranken-
schutz gehört die erkrankte / verletzte Person an?

Name, Anschrift, Versicherungsnummer / Mitgliedsnummer

2. Besitzt die erkrankte / verletzte Person eine Kreditkarte mit Kranken-, Soforthilfe- oder Reiserücktritts-Versicherung? Ja Nein

(Wenn ja, bitte Name und Kreditkartennummer angeben.)

Kreditkartenunternehmen, Kreditkartennummer, ausgebendes Kreditinstitut (Bank, Sparkasse)

3. Ist für die erkrankte / verletzte Person eine Reiserücktritts-Versicherung
oder ein Autoreise-Schuttbrief abgeschlossen worden? Ja Nein

(Wenn ja, bitte Fotokopie des Versicherungsscheines beifügen.)

4. Besteht eine Mitgliedschaft in einem gemeinnützigen Rettungsunternehmen? Ja Nein

(Wenn ja, bitte Name, Anschrift und Mitgliedsnummer angeben.)

Name, Anschrift, Mitgliedsnummer

5. Haben Sie in der Vergangenheit schon einmal Kosten bei einer Reise-Krankenversicherung
geltend gemacht? Ja Nein

Wenn ja, wann und bei welcher Gesellschaft? Was war damals passiert?

E Erklärungen der versicherten Person

1. Schweigepflichtentbindungserklärung

Mir ist bekannt, dass die Europäische Reiseversicherung AG Gesundheitsdaten erheben darf, wenn diese für die Beurteilung ihrer Leistungspflicht erforderlich sind und ich in die Datenerhebung eingewilligt habe. Daher gebe ich folgende Schweigepflichtentbindungserklärung ab (bitte ankreuzen):

- Zu dem oben genannten Zweck entbinde ich hiermit die von mir unter C.2.3. und D. dieses Formulars benannten Ärzte und Versicherer sowie die Aussteller der unter C.5.3. angegebenen Rechnungen von ihrer Schweigepflicht. Die Mitarbeiter der Europäische Reiseversicherung AG entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an diese beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus und ist jederzeit widerrufbar.
- Eine Schweigepflichtentbindungserklärung gebe ich derzeit nicht ab. Statt dessen werde ich im Einzelfall schriftlich erklären, ob ich die entsprechenden Personen bzw. Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Schadensregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit der Europäische Reiseversicherung AG führen kann, sofern sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen deren Leistungspflicht nicht oder nur teilweise ermitteln lässt.

2. Abtretungserklärung

Meine Forderungen aus diesem Schaden gegen die gesetzliche oder private Krankenversicherung trete ich bis zur Höhe des gezahlten Betrages an die Europäische Reiseversicherung AG ab.

3. Erklärung zur Wahrheitspflicht

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Es ist mir bekannt, dass unwahre Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn diese Angaben für die Schadensfeststellung folgenlos geblieben sind.

Ort

Datum

Unterschrift der versicherten Person