

Schadensnummer

_____ - _____

AGA International S.A.
Niederlassung für Deutschland
Schadenabteilung
Ludmillastraße 26 · D - 81543 München
Telefon: +49.89.6 24 24-0
Telefax: +49.89.6 24 24-222
E-Mail: krankenschaden@allianz-assistance.de

Global Assistance



Schadenmeldung Reise-Krankenversicherung

Bitte vollständig ausfüllen!

1. Angaben zu Ihrer Person:

Bitte geben Sie bei Doppelnamen oder mehreren Familiennamen alle Namen an!

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname(n)	Name(n)
Straße		Nummer / Adresszusatz
PLZ / Ort		Land
Arbeitsstätte		Beruf
Telefon privat		Telefon tagsüber
Geburtsdatum		E-Mail
Geburtsland		Staatsangehörigkeit

2. Angaben zur Reise:

Bitte reichen Sie Ihren Versicherungsschein, die Versicherungsbestätigung mit Nachweis der Prämienzahlung (Quittung) und Ihre Reisebestätigung jeweils in Kopie ein!

Reiseland	<input type="checkbox"/> Privatreise	<input type="checkbox"/> Geschäftsreise
Reise- / Aufenthaltsbeginn	Reise- / Aufenthaltsende	
Steht Ihnen im Reiseland während des ganzen Jahres eine Unterkunft zur Verfügung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

3. Angaben zu den im Einzelnen entstandenen Kosten:

Bitte reichen Sie Rechnungen, Quittungen und ärztliche Verordnungen im Original sowie ggf. Umtauschquittungen oder Kreditkartenabrechnungen in Kopie ein!

In welcher Währung wurden die Rechnungen bezahlt?	Währungsbezeichnung	
Wie wurden die Rechnungen bezahlt?	<input type="checkbox"/> Barzahlung <input type="checkbox"/> Kreditkarte	Sonstige Zahlung
Bitte geben Sie hier alle Rechnungen an – auch, wenn diese bereits eingereicht wurden:		
Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller	Behandlungsdatum	Rechnungsbetrag (mit Währungsbezeichnung)
Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller	Behandlungsdatum	Rechnungsbetrag (mit Währungsbezeichnung)
Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller	Behandlungsdatum	Rechnungsbetrag (mit Währungsbezeichnung)
Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller	Behandlungsdatum	Rechnungsbetrag (mit Währungsbezeichnung)

4. Bankverbindung:

Sollten Ihnen Kosten entstanden sein, bitten wir um Angabe der Bankverbindung.

Name des Kontoinhabers:		
<input type="checkbox"/> wie 1. Empfänger:	Vorname	Name
Kontonummer	Bankleitzahl	Kreditinstitut
Bei Auslandsüberweisungen bitte zusätzlich angeben:		
IBAN	Swift- / BIC-Code	

5. Angaben zum Krankheitsverlauf oder Unfallgeschehen:

Bitte reichen Sie bei Krankheit den Arzt- bzw. Befundbericht, bei einem Unfall zusätzlich den Unfallbericht (sofern vorhanden) in Kopie ein.

Schildern Sie bitte mit eigenen Worten den Beginn der Beschwerden und den weiteren Verlauf, bei Unfall den Unfallhergang:

Bitte verwenden Sie ggf. ein Zusatzblatt.

Wann trat die Erkrankung erstmalig auf?

am

um : Uhr

Wie lautete die vom Arzt gestellte Diagnose?

Wurden Sie im Reiseland stationär behandelt?

Nein

Ja

vom

bis

Krankenhaus / Klinik (Name / Anschrift)

Einweisender Arzt (Vorname / Name)

Bitte legen Sie den Entlassungsbericht des Krankenhauses bei!

Ging der stationären Behandlung eine ambulante Behandlung (z. B. durch den Hotelarzt) voraus?

Nein

Ja

Wurden Sie aufgrund dieser Erkrankung schon einmal vor Ihrer Reise / Ihrem Aufenthalt behandelt?

Nein

Ja

Falls Ja, Name und Anschrift des behandelnden Arztes

Bei welchem Arzt waren Sie nach der Rückkehr von Ihrer Reise / Ihrem Aufenthalt zur Nachbehandlung?

Name und Anschrift des behandelnden Arztes

Name und Anschrift Ihres Hausarztes

6 Zusätzliche Angaben bei einem Unfall:

Unfallort

Unfalltag

um : Uhr

Vorname / Name des Unfallverursachers

Anschrift des Unfallverursachers

Gab es Zeugen, die den Unfall beobachtet haben?

Nein

Ja

Herr Frau

Vorname / Name 1. Zeuge

Anschrift

Herr Frau

Vorname / Name 2. Zeuge

Anschrift

Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen?

Bitte ggf. Polizeiprotokoll beilegen.

Nein

Ja

Falls Ja, Name und Ort der Polizeidienststelle

Aktenzeichen

7. Angaben zu weiteren Versicherungsverträgen:

In welcher gesetzlichen Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung sind Sie Mitglied?

Name der Krankenkasse / Krankenversicherung

Mitgliedsnummer

Anschrift der Krankenkasse / Krankenversicherung

Falls Sie gesetzlich versichert sind: Besteht eine private Zusatzversicherung für stationäre Krankenhausaufenthalte?

 Nein Ja

Falls Ja, Name der privaten Zusatzversicherung

Versicherungsschein-Nr.

Anschrift der privaten Zusatzversicherung

Bitte geben Sie hier – wenn Sie gesetzlich versichert sind – den von Ihnen gewählten Tarif an, sofern dieser vom Standard-Tarif abweicht:

Besteht eine weitere Kranken- oder Rückholversicherung mit Auslandsschutz (z. B. über die gesetzliche Krankenversicherung, eine Kreditkarte oder Mitgliedschaft bei ADAC, Rotes Kreuz etc.)?

 Nein Ja

Falls Ja, Name der Gesellschaft / Vereinigung

Mitglieds- bzw. Kreditkartennummer

Anschrift der Gesellschaft / Vereinigung

Haben Sie bei einer anderen Stelle (z. B. gesetzliche oder private Krankenversicherung, Beihilfestelle etc.) einen weiteren Erstattungsantrag gestellt? ▶ Bitte ggf. Erstattungsnachweis einreichen. Nein Ja

Besteht eine private Unfallversicherung?

 Nein Ja

Falls Ja, Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsschein-Nr.

Anschrift der Versicherungsgesellschaft

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

 Nein Ja

Name und Anschrift der Versicherungsgesellschaft

Name und Anschrift der Versicherungsgesellschaft

8. Belehrung zur Wahrheitspflicht (§ 28 VVG):

Vorstehende Angaben sind wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass vorsätzlich unwahre oder unvollständige Angaben den Verlust der Versicherungsleistung, grob fahrlässig unwahre oder unvollständige Angaben eine – der Schwere meines Verschuldens entsprechende – Kürzung der Versicherungsleistung zur Folge haben können, es sei denn, diese Angaben werden weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich. Die zuletzt genannte Einschränkung gilt nicht, wenn die unwahren oder unvollständigen Angaben von mir arglistig gemacht wurden.

Schweigepflichtentbindung▶ Bitte beachten Sie als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland auch die Rückseite!

Mir ist bekannt, dass der Versicherer Gesundheitsdaten bei den behandelnden Ärzten erheben darf, wenn diese für die Beurteilung seiner Leistungspflicht oder des Leistungsumfangs erforderlich sind und ich in die Datenerhebung eingewilligt habe. Daher gebe ich folgende Erklärung ab (bitte ankreuzen):

- Ich erkläre mich einverstanden, dass sich der Versicherer bei Rückfragen direkt an den Arzt bzw. das Krankenhaus wendet, die in diesem Schadenformular genannt sind sowie an die Aussteller der eingereichten Rechnungen. Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass der Versicherer sich für Rückfragen auch an andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften, Unfallverursacher und Behörden wendet, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich ist. Die Mitarbeiter des Versicherers entbinde ich von Ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an die Mitarbeiter beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus und ist jederzeit widerrufbar.
- Eine Schweigepflichtentbindung gebe ich derzeit nicht ab. Statt dessen werde ich im Einzelfall schriftlich erklären, ob ich die entsprechenden Personen bzw. Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Schadensregulierung, zur Leistungskürzung oder gar Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sofern sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen dessen Leistungspflicht nicht oder nur teilweise ermitteln lässt.

Ort / Datum

Unterschrift (Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich!)

Abtretungserklärung

Bitte vollständig ausfüllen, wenn Sie Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland sind!

Hiermit trete ich,



Bitte geben Sie bei Doppelnamen oder mehreren Familiennamen alle Namen an!

Herr

Frau

Vorname(n)

Name(n)

Straße

Nummer / Adresszusatz

PLZ

Ort

meine Ansprüche gegen meine gesetzliche Krankenkasse

Name der Krankenkasse

Versicherungsnummer

Anschrift der Krankenkasse

betreffend der Erkrankung / des Unfalls

vom

in (Reiseland / Ort)

an die AGA International S.A., Ludmillastraße 26, D - 81543 München ab.

Ort / Datum

Unterschrift (Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich!)