

Angaben zu einem Versicherungsfall in der Reise-Krankenversicherung für ausländische Gäste

Versicherungs-/ Vorgangs-/ oder Buchungsnummer:

Bitte angeben, sofern nicht vorgegeben

Schadennummer:

Bitte angeben, sofern bekannt

Bitte senden Sie Ihre Unterlagen an:
HanseMerkur Reiseversicherung AG
Servicebüro Wien
Untere Donaustraße 47, 1020 Wien
Tel.: 01 3177-859
Fax: 01 3177-860

Bitte füllen Sie alle Felder vollständig und gut lesbar aus. Beachten Sie bitte, dass Sie durch falsche oder unvollständige Angaben Ihren Versicherungsschutz verlieren können.

I. Allgemeines – Angaben zur erkrankten Person und zur Reise

Bitte fügen Sie den Versicherungs- und Prämienzahlungsnachweis bei.

Name, Vorname der erkrankten Person:		Geburtsdatum:	
Staatsangehörigkeit(en):			
Beruf/ ausgeübte Tätigkeit zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles:		Arbeitgeber zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles:	
<u>Wo und wie sind Sie erreichbar?</u>			
Straße und Hausnummer:			
PLZ und Wohnort:		Land:	
E-Mail/ Fax:	Telefon privat (mit Vorwahl):	Telefon beruflich (mit Vorwahl):	Telefon mobil:

An wen soll die Versicherungsleistung gezahlt werden (Auszahlungen sind nur per Überweisung möglich)?		
Kontoinhaber:		
Name Kreditinstitut :	BLZ:	Kontonummer:
Bei Überweisungen auf Konten außerhalb von Österreich bitte angeben:		
BIC/ SWIFT/ Branch-Code:	Name, Ort Kreditinstitut:	
Konto-/ IBAN-Nr.:		

Datum Ihrer Einreise in die EU/ nach Österreich (bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Bus-, Bahn-, Flugtickets, von Ihrer Buchungsbestätigung oder vom Einreisestempel in Ihrem Reisepass bei):	
In welchem Land wurden Sie behandelt?	Wann kehren Sie in Ihr Heimatland zurück? Bitte geben Sie das Datum an:

Versicherungs-/ Vorgangs-/ Buchungs-Nr.:

Bitte angeben, sofern nicht vorgegeben

Schaden-Nr.:

Bitte angeben, sofern bekannt

II. Angaben zum Versicherungsfall

Bitte reichen Sie die Arztrechnungen, Rezepte, Quittungen und ärztliche Verordnungen im Original ein. Falls eine Vorleistung, z. B. durch Ihre gesetzliche Krankenversicherung erfolgt, genügt auch eine Kopie mit einem Erstattungsvermerk. Bei einer stationären Behandlung fügen Sie bitte auch eine Kopie des Entlassungsberichtes mit bei.

1. Weshalb wurden Sie ärztlich behandelt?

☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Vorsorgeuntersuchung ☐ Impfung ☐ Zahnbehandlung ☐ Behandlung Schwangerschaft

A. Bei Krankheit oder Unfall:

Wegen welcher Krankheit mussten Sie behandelt werden (Diagnose bitte mit eigenen Worten beschreiben)? Bei einem Unfall schildern Sie bitte den Unfallhergang:

B. Bei Zahnbehandlungen:

Hatten Sie Zahnschmerzen? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wo? ☐ rechts oben ☐ rechts unten ☐ links oben ☐ links unten

C. Bei Behandlung einer Schwangerschaft:

a) Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt?

b) In welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?

Bitte fügen Sie eine vollständige Kopie des Mutterpasses mit bei.

c) Weshalb wurden Sie während der Schwangerschaft behandelt?

☐ Vorsorge-/ Kontrolluntersuchung ☐ Beschwerden/ vorzeitige Wehentätigkeit ☐ Frühgeburt ☐ Entbindung

2. Wann traten die ersten Beschwerden auf (Datum)?

3. Wann wurden Sie erstmals ärztlich behandelt (Datum)?

4. Nennen Sie bitte alle Ärzte, von denen Sie während Ihres Aufenthaltes in der EU/ in Österreich (siehe Frage 1) behandelt wurden (Name, Adresse, Telefon- und Faxnummer, E-Mail). Sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei.

5. Wurden Sie wegen der Erkrankung (siehe Frage 1) vor Reisebeginn bereits behandelt oder handelt es sich um die Folge einer vor Reiseantritt behandelten Krankheit bzw. eines vor Reiseantritt behandelten Unfalles?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, teilen Sie uns bitte die behandelnden Ärzte mit (Name, Anschrift und Telefonnummer):

6. Wer ist bzw. war in den letzten 12 Monaten vor Reiseantritt Ihr Haus- / Zahn- / Facharzt? Bitte teilen Sie uns die Namen und Anschriften der Ärzte sowie die Behandlungszeiträume und die Diagnosen mit. Sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei.

7. Hatten Sie vor Reiseantritt Beschwerden oder Krankheiten, die nicht behandelt wurden? Wenn ja, welche?

8. Nur im Todesfall: Geben Sie bitte das Todesdatum und die Todesursache an. Fügen Sie bitte eine Kopie der Sterbeurkunde mit bei.

Versicherungs-/ Vorgangs-/ Buchungs-Nr.:

Bitte angeben, sofern nicht vorgegeben

Schaden-Nr.:

Bitte angeben, sofern bekannt

III. Angaben zu weiteren Versicherungen:

1. Waren Sie schon einmal bei uns versichert? Wenn ja, wann und ggf. unter welcher Versicherungsnummer?

2. Bei welcher anderen Versicherung waren Sie in den letzten 5 Jahren krankenversichert (Name, Anschrift, Vertragsnummer)?

3. Sind die uns eingereichten Rechnungsunterlagen noch bei einer anderen Versicherung eingereicht worden?

☐ Nein ☐ Ja Falls ja, fügen Sie bitte eine Kopie des Abrechnungsschreibens der anderen Versicherung bei.

4. Haben Sie in den letzten 5 Jahren bei einer anderen Versicherung in Österreich Arztrechnungen zur Erstattung eingereicht?

☐ Nein ☐ Ja Falls ja, geben Sie uns bitte das Jahr, das Behandlungsland, den Namen sowie die Adresse und Vertragsnummer der Versicherungsgesellschaft an.

IV. Angaben bei einem Unfall:

1. Unfallort (Straße, Hausnummer, Ort).

Datum und Uhrzeit des Unfalls:

2. Bitte schildern Sie den Unfallhergang:

3. Wurde der Unfall durch (eine) andere Person(en) herbeigeführt? ☐ Nein ☐ Ja, durch: Name(n) und Anschrift(en)

4. a) Passierte der Unfall an Ihrem Arbeitsplatz während der Arbeitszeit, bzw. in Ihrer Schule während der Unterrichtszeit oder einer Schulveranstaltung? ☐ Nein ☐ Ja

b) Passierte der Unfall auf dem Weg zu Ihrer Arbeitsstätte/ Schule oder auf dem Weg von dort nach Hause passiert? ☐ Nein ☐ Ja

5. Wurden die Rechnungen über die Unfallbehandlung bereits dem Unfallverursacher bzw. dessen Haftpflichtversicherung zur Erstattung vorgelegt? ☐ Nein ☐ Ja und zwar bei:

Name, Adresse, Versicherungsnummer der Haftpflichtversicherung:

6. Gibt es Zeugen für den Unfall (bitte nennen Sie Name und Anschrift)?

7. Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? Nennen Sie uns bitte die Anschrift der Polizeidienststelle sowie das Aktenzeichen und fügen bitte eine Kopie des Polizeiprotokolls mit bei.

Versicherungs-/ Vorgangs-/ Buchungs-Nr.:

Bitte angeben, sofern nicht vorgegeben

Schaden-Nr.:

Bitte angeben, sofern bekannt

V. Schlusserklärungen

Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig erfolgt sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können.

Des Weiteren trete ich meine Ansprüche und Forderungen gegen einen Unfallverursacher oder Haftpflichtigen bzw. gegen meine gesetzliche Krankenkasse bzw. private Krankenversicherung in Höhe der von der HanseMerkur Reiseversicherung AG gezahlten Leistungen an die HanseMerkur Reiseversicherung AG ab.

Ort / Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer und versicherte Person
oder gesetzlicher Vertreter
