

Angaben zu einem Versicherungsfall in der Reise-Krankenversicherung für langfristige Auslandsreisen

**Versicherungs-/ Vorgangs-/
oder Buchungsnummer:**

Bitte angeben, sofern nicht vorgegeben

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

Schadennummer:

Bitte angeben, sofern bekannt

Bitte füllen Sie alle Felder vollständig und gut lesbar aus. Beachten Sie bitte, dass Sie durch falsche oder unvollständige Angaben Ihren Versicherungsschutz verlieren können (lesen Sie hierzu auch den Abschnitt V. auf Seite 4).

I. Allgemeines – Angaben zur erkrankten Person und zur Reise

Bitte fügen Sie den Versicherungs-/ Prämienzahlungsnachweis und einen Nachweis über die Reisedauer bei.

Name, Vorname der erkrankten Person:		Geburtsdatum:	
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Staatsangehörigkeit(en):			
<input style="width: 95%;" type="text"/>			
Beruf/ ausgeübte Tätigkeit zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles:		Arbeitgeber zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles:	
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>	
<input style="width: 95%;" type="text"/>			
<u>Wo und wie sind Sie erreichbar?</u>			
Straße und Hausnummer:			
<input style="width: 95%;" type="text"/>			
PLZ und Wohnort:		Land:	
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>	
E-Mail/ Fax:	Telefon privat (mit Vorwahl)	Telefon beruflich (mit Vorwahl):	Telefon mobil:
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

An wen soll die Versicherungsleistung gezahlt werden (Auszahlungen sind nur per Überweisung möglich)?			
Kontoinhaber:			
<input style="width: 95%;" type="text"/>			
Name Kreditinstitut:		BLZ:	Kontonummer:
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Bei Überweisungen auf Konten außerhalb von Deutschland bitte angeben:			
BIC/ SWIFT/ Branch-Code.:		Name, Ort Kreditinstitut:	
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Konto-/ IBAN-Nr.:			
<input style="width: 95%;" type="text"/>			

Beginn Ihres Auslandsaufenthaltes und geplantes Reiseende (bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Bus-, Bahn-, Flugtickets, von Ihrer Buchungsbestätigung oder vom Ein-/ Ausreisestempel im Reisepass bei):	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	
In welchem Land wurden Sie behandelt?	Besteht für Sie in diesem Land ein weiterer Wohnsitz?
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

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. In welcher Währung haben Sie die Rechnung(en) bezahlt? _____

2. Welchen Erstattungsbetrag in Euro erwarten Sie? _____

3. Wie haben Sie die Rechnung(en) bezahlt? Bitte fügen Sie ab einem umgerechneten Betrag in Höhe von 500,00 EUR einen Zahlungsnachweis bei.

Barzahlung Überweisung Kreditkarte sonstige Zahlung bitte angeben:

4. 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

5. Wann traten die ersten Beschwerden auf (Datum)? _____

6. Wann wurden Sie erstmals ärztlich behandelt (Datum)? _____

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

8. Wurden Sie wegen der Erkrankung (siehe Frage 4) 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) .

9. 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.

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

Versicherungs-/ Vorgangs-/ Buchungs-Nr.:

Bitte angeben, sofern nicht vorgegeben

Schaden-Nr.:

Bitte angeben, sofern bekannt

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

III. Angaben zu weiteren Versicherungen:

1. Besteht für Sie anderweitig Versicherungsschutz für Auslandsreisen, z. B. über eine Kreditkarte (EuroCard, VISA, Amex, Diners, Barclay-Card), eine Mitgliedschaft (z. B. ADAC, ASB, DRK) oder eine andere Vereinigung mit Rettungsdienstleistungen?

Nein Ja Falls ja, nennen Sie uns bitte die Mitgliedsnummer/ Kreditkartennummer und den Namen des Kreditkarteninstitutes/ Rettungsdienstes.

2. Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung bzw. über welche anderen Verträge sind Sie noch krankenversichert (auch Zusatzversicherungen zur gesetzlichen Krankenkasse)? 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 3 Jahren bei einem anderen Versicherer Rechnungen aus dem Ausland zur Erstattung eingereicht?

Nein Ja Falls ja, geben Sie uns bitte das Jahr, das Behandlungsland, Name, Adresse und Vertragsnummer der entsprechenden 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? 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