

Schadenanzeige - Reise-Krankenversicherung

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

Versicherungsnummer

1. Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Reise

Bitte reichen Sie Versicherungsnachweis im Original, Nachweis der Prämienzahlung und Reisebestätigung ein

Name, Vorname		Geburtsdatum/-land
Anschrift		
Staatsangehörigkeit	Telefon privat	Telefon tagsüber
Reiseziel	Reisedauer vom/bis	Bitte fügen Sie einen Reisedauernachweis bei

2. Angaben zum Krankheitsverlauf bzw. Unfallgeschehen

Bitte reichen Sie den Arzt- bzw. Befundbericht (in Kopie) ein

a) Bitte schildern Sie mit eigenen Worten den Krankheitsverlauf bzw. Ihre Beschwerden:

b) Wie lautete die vom Arzt gestellte Diagnose?

c) Wann trat die Erkrankung erstmalig auf?

--

d) Wurden Sie am Urlaubsort ambulant oder stationär behandelt?

ambulant vom _____ bis _____

stationär vom _____ bis _____

Bitte nennen Sie den Namen und die Anschrift des Arztes bzw. Krankenhauses

--

e) Wurden Sie wegen dieser Erkrankung vor der Reise schon einmal behandelt? ja, am nein

Wenn ja, Name und Anschrift des Arztes

f) Bei welchem Arzt waren Sie nach Reiserückkehr zur Nachbehandlung? (Name und Adresse)

3. Zusätzliche Fragen bei einem Unfall

a) Wann ereignete sich der Unfall? Datum Uhrzeit

b) Wer hat den Unfall verursacht? (Name und Adresse)

c) Unfallursache, Unfallhergang und Unfallort

d) Art der Verletzung

e) Gab es Augenzeugen? (Namen, Adressen)

f) Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen? ja nein (ggf. Polizeiprotokoll einreichen)

Wenn ja, bitte Polizeidienststelle und Ort angeben

4. Welche Kosten sind im Einzelnen entstanden?

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

a) In welcher Währung wurden die Rechnungen bezahlt?

b) Wie wurden die Rechnungen bezahlt? (bar, Kreditkarte etc.)

c. Bitte auch angeben, sofern Rechnungen eingereicht wurden

Behandelnder Arzt bzw. Rechnungssteller	Diagnose	Behandlungs- bzw. Rechnungsdatum	Rechnungsbetrag (mit Währungsbezeichnung)

5. Empfänger der Versicherungsleistung

Name, Vorname

DE

IBAN

Geldinstitut

BIC

Kontoinhaber

6. Angaben zu weiteren Versicherungsverträgen

a) In welcher Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung sind Sie Mitglied? (Name, Anschrift und Mitgliedsnummer)

b) Wurde bei einer anderen Stelle (z.B. gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, Beihilfestelle) ein weiterer Erstattungsantrag gestellt? (ggf. Erstattungsnachweis einreichen) ja nein

c) 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?) Name, Anschrift und Mitglieds- bzw. Kreditkartennummer angeben ja nein

Vorstehende Angaben sind wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen erfolgt. Ich habe davon Kenntnis genommen, dass unwahre und unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsanspruches führen können, auch wenn dem Versicherer durch sie kein Nachteil entsteht.

Ich ermächtige Ärzte, Heilpraktiker, Krankenanstalten aller Art, Versicherungsträger, insbesondere die gesetzlichen Krankenversicherungen, Gesundheits- und Versorgungsämter der SIGNAL IDUNA Gruppe alle zur Ermittlung des Schadens erforderlichen Auskünfte über frühere, bestehende oder während der Vertragsdauer eingetretenen Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen zu erteilen und befreie die Genannten hiermit von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)