

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!

Herr Frau _____
Vorname(n)

Straße

PLZ / Ort

Arbeitsstätte

Telefon privat

Geburtsdatum

Geburtsland

Name(n)

Nummer / Adresszusatz

Land

Beruf

Telefon tagsüber

E-Mail

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

Privatreise Geschäftsreise

Reise- / Aufenthaltsbeginn

Reise- / Aufenthaltsende

Steht Ihnen im Reiseland während des ganzen Jahres eine Unterkunft zur Verfügung? Nein 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?

Barzahlung 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:

Anderer Empfänger: _____
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!)

Claim Reference No.:

_____ - _____

AGA International S.A.
Niederlassung für Deutschland (Germany branch)
Claims Department
Ludmillastr. 26 · D - 81543 Munich
Phone: +49.89.6 24 24-0
Fax: +49.89.6 24 24-222
e-mail: krankenschaden@allianz-assistance.de

Global Assistance



Claim Form for Foreign Travel Health Insurance

Please complete in full.

1. Personal details:

Please write your name in full.

Mr Ms _____
First name(s)

Street _____

Postcode / Place _____

Place of work _____

Telephone (home) _____

Date of birth _____

Native country _____

Surname(s) _____

Street Number _____

Country _____

Profession _____

Telephone (daytime) _____

e-mail _____

Nationality _____

2. Travel details:

Please submit copies of your insurance certificate, the insurance confirmation with proof that the premium has been paid (receipt) and your travel confirmation!

Destination _____

Commencement of journey / stay _____ End of journey / stay _____

Private travel Business travel

Is accommodation available to you throughout the year at the destination? No Yes

3. Details on the costs incurred:

Please submit bills, receipts and medical prescriptions as originals and copies of any foreign exchange receipts or credit card statements!

In which currency were the bills paid? _____

How were the bills paid? Cash payment Credit card Other payment _____

Please list all the bills here – even if these have already been submitted:

Doctor in charge or biller	Date of treatment	Total amount of bill (with currency denomination)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4. Bank account:

Please state your bank connection if you have incurred costs.

Name of account holder: _____


see 1. beneficiary: Other beneficiary: _____


Account number _____ Bank code _____ Name of Bank _____

For transfers from abroad: _____

IBAN _____ Swift- / BIC-Code _____

5. Details of the course of the illness or the accident:

 In case of an illness, please submit a copy of the medical report or report on the findings / diagnosis, in case of an accident, also a copy of the accident report (if any).

Please describe in your own words when and how the complaints began and progressed, in case of an accident, how the accident happened:  Please use an additional sheet of paper if necessary.

Blank area for describing the course of the illness or the accident.

When did the illness occur for the first time?

Date

at _____ o'clock

What was the doctor's diagnosis?

In-patient treatment at a hospital at the destination? No Yes

from _____

to _____

Hospital / Clinic (Name and address)

Name of the doctor referring patient for in-patient treatment (First name / Surname)  Please enclose the discharge report of the hospital.

Was the in-patient treatment preceded by out-patient treatment (e.g. by the hotel doctor)?

No Yes

Were you ever treated for this illness before this journey / your stay?

No Yes

If yes, name and address of the doctor in charge

Which doctor treated you after you returned from your journey / your stay?

Name and address of the doctor in charge

Name and address of your family doctor

6 Additional information in case of an accident:

Place of accident

Date of accident

at _____ o'clock

First name / Surname of accident perpetrator

Address of accident perpetrator

Were there any witnesses who saw the accident?

No Yes

Mr Ms

First name / Surname 1st Witness


Address

Mr Ms

First name / Surname 2nd Witness

Address

Was the accident taken down by the police?

 Please enclose any police report.

No Yes

If yes, name and place of the police station

Reference number

_____ - _____



7. Details of other insurance contracts:

Which statutory health insurance scheme or private medical insurance are you a member of?

Name of the health insurance scheme / medical insurance

Membership number

Address of the health insurance scheme / medical insurance

If you are covered by a statutory health insurance: Do you have a private additional insurance for in-patient treatment? No Yes

If yes, name of the private additional insurance company

Policy number

Address of the private additional insurance company

If you are covered by a statutory health insurance, please state the tariff you selected here if this differs from the standard tariff:

Do you have any other health or repatriation insurance with international cover (e.g. via the statutory health insurance, a credit card or your membership in ADAC automobile club, Red Cross, etc.)? No Yes

If yes, name of the company / association

Membership or Credit card number

Address of the company / association

Have you filed any other application for reimbursement with a different office (e.g. statutory or private health insurance, benefits office etc.)? No Yes
 ▶ Please submit proof of reimbursement if applicable.

Do you have a private accident insurance? No Yes

If yes, name of the insurance company

Policy number

Address of the insurance company

Have you ever claimed costs from a travel health insurance in the past? No Yes

Name and address of the insurance company

Name and address of the insurance company

8. Instructions on duty to tell the truth (Section 28 of the German Insurance Contract Act [VVG]):

The above details are true and have been given to the best of my knowledge. I have noted that intentionally false or incomplete details can result in a loss of insurance benefits and false or incomplete details provided through gross negligence can – depending on the seriousness of my fault – result in a reduction of insurance benefits, unless these details were not the cause of the determination of the insured event or the determination of the scope of the insurance company's liability for insurance benefits. The latter restriction shall not apply if the false or incomplete details were fraudulently provided by me.

Release from the duty to preserve secrecy

▶ Please also see overleaf if you are a member of a statutory health insurance in Germany.

I am aware that the insurance company may collect health data from the doctors giving treatment if this is necessary in order to ascertain its liability for insurance benefits or the extent of benefits and I have consented to the collection of such data. I therefore declare the following (please cross):

- I consent to the insurance company directly contacting the doctor or the hospital named in this claim form as well as the issuers of the invoices submitted in the event of any queries. I also consent to the insurance company contacting other personal insurers, statutory health insurance funds, German employers' liability associations, the person(s) causing the accident and the authorities for queries if knowledge of the data is required to ascertain its liability for insurance benefits. I release the insurance company's employees from their duty to preserve secrecy if the health data collected are transmitted to the employees of external consultants or medical experts to the extent required to examine the liability for insurance benefits. This declaration applies after my death and may be revoked at any time.
- I do not consent to a release from the duty to preserve secrecy at present. Instead, I will declare in writing whether I release the respective people or establishments from their duty to preserve secrecy in an individual case. I am aware that the decision for this option can lead to a delay in claims settlement, a reduction in benefits or even the insurance company's exemption from its liability for benefits if its liability cannot be ascertained or can only be ascertained in part based on the remaining sources of information.

Place / Date

Signature (Minors require the signature of a parent or guardian)

Declaration of assignment

Please fill in completely if you are a member of a statutory health insurance in Germany!

I hereby assign



Please write your name in full.

Mr Ms

First name(s)

Surname(s)

Street

Street Number

Postcode

Place

my claims against my statutory health insurance

Name of the health insurance

Insurance number

Address of the health insurance

relating to the illness / the accident

from

in (Destination / Place)

to AGA International S.A., Ludmillastr. 26, D - 81543 Munich.

Place / Date

Signature (Minors require the signature of a parent or guardian)