

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_ Schaden-Nr. \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie dieses Formular innerhalb von 2 Wochen vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück.

1.1. Allgemeine Angaben Versicherungsnehmer		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße/Nr.:	PLZ:	Ort:
Tel:	E-Mail oder Fax:	
1.2. Allgemeine Angaben Versicherte Person		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße/Nr.:	PLZ:	Ort:
Tel:	E-Mail oder Fax:	
2. Angaben zur versicherten Reise		
Reiseland:		
Reisezeitraum		
von:	bis:	
Wann haben Sie die Versicherung abgeschlossen?		
Besteht im Land der Erkrankung/des Unfalls ein Zweitwohnsitz?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Geschäftsreise:		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
2.1. Nur bei einer Erkrankung ausfüllen		
Tag des Krankheitsbeginns:		
Um welche Krankheit handelt es sich? (Bitte genaue Diagnose(n); bei Tod, bitte um Angabe der Todesursache)		

Seit wann bestehen die Beschwerden und wann wurden diese erstmals behandelt?	
Waren Sie bereits früher wegen diesem oder einem ähnlichen Zustand in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Datum der Behandlung, Name und Adresse des Arztes bzw. Krankenhauses	
<b>2.2. Nur bei einem Unfall ausfüllen</b>	
Schilderung des Unfalls (genaue Beschreibung der Örtlichkeit, des Hergangs, der Ursache)	
weitere Angaben:	Unfallort:
	Unfalldatum: <span style="float: right;">Uhrzeit:</span>
Gibt es Zeugen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Name und Anschrift:
Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Tagebuch Nr./Aktenzeichen der Polizeidienststelle
Welche Folgen hatte der Unfall? (Art und Umfang der Verletzung)	
<b>2.3. Bei Unfall und Krankheit ausfüllen</b>	
Unfall und Krankheit	Beginn der ärztlichen Behandlung
	voraussichtliches Enddatum der Heilbehandlung
	Name und Anschrift des weiterbehandelnden Arztes nach der Rückkehr

Bestehen für die versicherte Person weitere Krankenhaus-/Tagegeld-/Auslandsreisekranken- und/oder Unfallversicherungen?

- Nein
- Wenn ja, bei welcher Gesellschaft? (Bitte Vertragsnummer aufführen)

Welcher Krankenversicherung gehört die versicherte Person an? Name, Anschrift, Versicherungsnummer:

Befand sich die versicherte Person in stationärer Behandlung?

- Nein
- Wenn ja, von \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ bis \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Anschrift Krankenhaus (**Bitte Befundbericht beifügen**):

Wie hat die versicherte Person die Rückreise angetreten?

- Wie zu Beginn der Reise geplant
- Sonstiges:

## 2.4. Bitte führen Sie detailliert die entstanden Kosten auf

Hierzu sind alle Rechnungen im Original mit folgenden Unterlagen einzureichen: ärztliche Verordnung(en), Befundbericht(e), ggf. Abrechnungsschreiben von der gesetzlichen/privaten Krankenversicherung

Rechnungsart	Rg. Datum	Rg. Betrag	Betrag in Euro	Bereits bezahlt
				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Besteht zusätzlich noch eine weitere Reiseversicherung (z.B. Schutzbrief) oder Mitgliedschaft bei einer anderen Organisation/Unfallversicherung/goldene Kreditkarte?

- Nein
- Wenn ja, bei wem? Bitte um Angabe der Versicherungsnummer/Kreditkartennummer etc.

Wurde von anderer Seite bereits eine Entschädigung geleistet?

- Nein
- Wenn ja, von wem und in welcher Höhe? (ggf. bitte Abrechnungsschreiben zufügen)

Wenn noch nicht geleistet wurde, ist eine Entschädigung beantragt?

- Nein  
 Wenn ja, bei wem?

### 3. Zahlungsdaten

Kontoinhaber:

Kontonummer:

Name der Bank:

Bankleitzahl:

Ort:

IBAN-Nr.:

Swift / BIC Code:

### Einwilligung zum Datenschutz und Schweigepflicht-Entbindungserklärung

#### Datenschutz

Alle von mir gemachten Angaben werden zweckgebunden ausschließlich zur Bearbeitung meiner Versicherungsangelegenheiten verwendet. Ich willige in die Erhebung und Verarbeitung der vertrags - relevanten Daten (auch Gesundheitsdaten) durch die Europ Assistance ein. Sollte ich diese Einwilligung nicht abgeben, wird die Bearbeitung meiner Versicherungsangelegenheiten in der Regel nicht möglich sein.

**Mit meiner Unterschrift gebe ich diese Einwilligung ab.**

#### Schweigepflichtentbindung

Mir ist bekannt, dass die Europ Assistance zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste) ergeben. Hierzu entbinde ich die Personen, die in den vorgelegten Unterlagen aufgeführt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von Ihrer gesetzlichen Schweigepflicht.

**Mit meiner Unterschrift gebe ich diese Schweigepflichtentbindung ab.**

**Eine Schweigepflichtentbindung gebe ich derzeit nicht ab.** Stattdessen werde ich im Einzelfall schriftlich erklären, ob ich die genannten Personen bzw. Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass diese Entscheidung zur Verzögerung der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder zur Leistungsfreiheit führen kann, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Alle Erklärungen sind jederzeit widerrufbar.

#### Belehrung zur Wahrheitspflicht

Vorsätzlich oder grob fahrlässig unwahre bzw. lückenhafte Angaben können nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes auch dann zum Verlust des Versicherungsanspruches führen, wenn dem Versicherer durch sie kein Nachteil entsteht. Durch meine Unterschrift bestätige ich ausdrücklich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer