

Merkblatt zum Ausfüllen der Schadenanzeige - Reise-Krankenversicherung -

TAS Touristik Assekuranzmakler
und Service GmbH
Emil-von-Behring-Str. 2
60439 Frankfurt am Main

Sinn einer Schadenanzeige ist, dem Schadensachbearbeiter umfassend vollständige Informationen zu erteilen, die er zur ordnungsgemäßen und schnellen Bearbeitung des Vorgangs benötigt. **Deshalb füllen Sie die anhängende Schadenanzeige bitte sorgfältig aus und fügen insbesondere auch die jeweils erforderlichen Belege bei.** Hierdurch werden aufwendige Rückfragen vermieden und Ihr Schaden kann schneller bearbeitet werden.

Unterlagen, die immer beizufügen sind:

- die Buchungsbestätigung Ihres Reiseveranstalters (oft ist dort Ihr Versicherungsschutz dokumentiert).
- Versicherungsausweis im Original (sofern nicht auf der Buchungsbestätigung der Versicherungsschutz bereits dokumentiert ist).

Bei der Reise-Krankenversicherung zusätzlich:

- **Behandlungsrechnung/en im Original**
Aus der Rechnung sollen hervorgehen: die behandelte Person, die Bezeichnung der Erkrankung, Behandlungsdaten und die einzelnen ärztlichen Leistungen. Aus Rezepten muss das Medikament, der Preis und der Stempel der Apotheke hervorgehen.
Mit vielen Urlaubsländern besteht ein Sozialversicherungsabkommen, so dass auch Ihre gesetzliche Krankenkasse Leistungen erbringt. Haben Sie bereits dort Ihre Rechnungen eingereicht, übersenden Sie uns bitte eine Rechnungskopie mit Erstattungsvermerk Ihrer Krankenkasse.
- Wenn Sie Ihre Rechnung zunächst bei uns einreichen, benötigen wir zusätzlich Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse und Ihre Mitgliedsnummer.
- Bei **Unfällen** bitte den Unfallhergang beschreiben. Wurde der Unfall von anderen verursacht, teilen Sie uns bitte Name und Anschrift des Unfallverursachers und, sofern bekannt, dessen Haftpflichtversicherung und die Versicherungsscheinnummer oder Schadennummer mit.

Hinweis: Kosten für Taxifahrten und Telefonate sind im Rahmen der Reise-Krankenversicherung nicht versichert. Für Zahnersatz und die Anschaffung bzw. Reparatur von Hilfsmitteln und Prothesen besteht kein Versicherungsschutz.

Bitte die Unterlagen nicht heften oder klammern! Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Schadenanzeige Reise-Krankenversicherung

Damit wir schnell und unkompliziert eine Versicherungsleistung erbringen können, brauchen wir von Ihnen einige wichtige Angaben. Bitte füllen Sie diese Schadenanzeige sorgfältig aus.

TAS Touristik Assekuranzmakler
und Service GmbH
Emil-von-Behring-Str. 2
60439 Frankfurt am Main

A. Allgemeine Angaben

Name der versicherten Person:

Name, Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

Geburtsdatum

Beruf

Telefon mit Vorwahl (geschäftlich)

Telefon mit Vorwahl (privat)

Konto-Nr. für Zahlungen Bankleitzahl

IBAN-Nr.: BIC-/SWIFT-Code
(für Auslandsüberweisungen) (für Auslandsüberweisungen)

Kontoinhaber

Name und Anschrift des Kreditinstitutes

Buchungsbestätigung des Reiseveranstalters beifügen / Versicherungsausweis im Original beifügen !

Wann und wo wurde die Versicherung erworben?

B. Angaben zur versicherten Reise

Geplante Dauer der Reise:
Datum von bis

Tatsächlicher Beginn:
Datum Uhrzeit

Tatsächliches Ende

Anschrift am Ort der Erkrankung / des Unfalls:

Besteht im Land der Erkrankung / des Unfalls ein Zweitwohnsitz ?

Ja

Nein

C. Angaben zum Versicherungsfall

1. Tag des Krankheitsbeginns bzw. Unfalltag

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

Datum

2. Nur ausfüllen bei Erkrankung (2.1. – 2.3.)

2.1. Art der Erkrankung (Bitte genaue Krankheitsbezeichnung bzw. Todesursache angeben ggf. Sterbeurkunde beifügen)

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

2.2. Seit wann bestehen die Beschwerden und wann wurden diese erstmals behandelt ?

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

2.3. Bei welchen Ärzten stand die erkrankte Person in den letzten 12 Monaten vor Reiseantritt in Behandlung ? Wer übernimmt die Weiterbehandlung nach der Rückkehr ? (Bitte jeweils Name und Anschrift sowie Behandlungszeitraum und Diagnose angeben. Reicht der Raum hier nicht aus, bitte gesondertes Blatt beifügen).

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

3. Nur ausfüllen bei Unfällen (3.1. – 3.5.)

3.1. Wodurch ist der Unfall verursacht worden ? Bitte beschreiben Sie den genauen Hergang

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

3.2. Waren noch andere Personen am Unfall beteiligt ?

 Ja Nein

3.3. Gab es Augenzeugen des Vorfalls ?

 Ja Nein

Falls 3.2. und / oder 3.3. mit ja beantwortet wurden, bitte Name(n) und Anschrift(en) der Person(en) angeben.

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

3.4. Hat die Polizei den Unfall aufgenommen ?

Ja

Nein

Falls ja, welche Dienststelle ?

Bezeichnung der Polizeidienststelle, Anschrift und Tagebuchnummer

3.5. Welcher Körperteil wurde verletzt ? Bitte beschreiben Sie die Art der Verletzung so genau wie möglich.

4. Fand eine stationäre Behandlung statt ?

Ja

Nein

Datum von

bis

Falls ja, bitte Befundbericht beifügen.

Wie hat die versicherte Person die Rückreise angetreten ?

wie zu Beginn der Reise geplant

Krankenwagen

Flugzeug

Ambulanzflug

Stretcher

Sonstiges

Wurde eine Notrufzentrale eingeschaltet ?

Ja

Nein

Falls nicht, bitte Begründung angeben.

5. Bitte führen Sie detailliert die entstanden Kosten auf, hierzu sind alle Rechnungen entweder im Original oder in Fotokopie mit dem Erstattungsvermerk eines anderen Versicherers vorzulegen:

Rechnungsart	Rechnungsdatum	Fremdwährung	Umrechnungskurs	in EUR	Bereits bezahlt ?	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

6. Wurde von anderer Seite bereits eine Entschädigung geleistet ?

Ja

Nein

6.1. Wenn ja, von wem ?

6.2. In welcher Höhe ?

6.3. Wenn (noch) nicht geleistet wurde, ist eine Entschädigung beantragt ?

Ja

Nein

6.4. Wenn ja, bei wem ?

Name und Anschrift

D. Angaben zu anderen Versicherungen

1. Ist für die erkrankte / verletzte Person eine Reise-Rücktrittskosten-Versicherung

oder ein Autoreise-Schutzbriefe abgeschlossen worden ?

(Wenn ja, bitte Fotokopie des Versicherungsscheines beifügen)

Ja Nein

2. Besteht die Mitgliedschaft in einem gemeinnützigen Rettungsunternehmen ?

(Wenn ja, bitte Name, Anschrift und Mitgliedsnummer angeben)

Ja Nein

Name, Anschrift und Mitgliedsnummer

3. Besitzt die erkrankte / verletzte Person eine Kreditkarte mit Kranken-,

Soforthilfe- oder Reise-Rücktrittskosten-Versicherung ?

(Wenn ja, bitte Name und Kreditkartennummer angeben)

Ja Nein

4. Welcher Krankenkasse (z.B. AOK, DAK, Barmer) bzw. welcher privaten Krankenversicherung gehört die erkrankte / verletzte Person an ?

Name, Anschrift, Versicherungsnummer oder Mitgliedsnummer

Ich ermächtige Ärzte, Krankenanstalten aller Art, Versicherungsträger alle erforderlichen Auskünfte über frühere, bestehende und während der Vertragsdauer eingetretene Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen zu erteilen und befreie die Genannten hiermit von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht !

Diese Schadenanzeige wurde ausgefüllt am

_____._____._____.
Datum

_____ von _____

Für die Richtigkeit meiner Angaben übernehme ich die Verantwortung. Mir ist bekannt, dass ich den Versicherungsschutz verliere, wenn ich vorsätzlich oder grob fahrlässig unrichtige oder unvollständige Angaben mache, auch wenn diese Angaben für die Schadenfeststellung folgenlos geblieben sind.

Ort

_____._____._____.
Datum

Unterschrift der versicherten Person