

Schadenanzeige Heilkosten

Schadennummer:

1. Wer hat die Reise angemeldet?

Name und Vorname	
Straße	
Postleitzahl/Ort	
Polizzenummer	Geburtsdatum (dd/mm/yy)
Telefon privat	Telefon geschäftlich
Besitzen Sie eine Kreditkarte mit inkludierter Reiseversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welches Institut? <input type="checkbox"/> Diners <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> American Express

2. Angaben zu Erkrankung

Reisedatum (dd/mm/yy)
Adresse zu Zeit der Erkrankung
Bestanden bei Reiseantritt Krankheiten? Wenn ja, welche?
Wann bemerkten Sie erstmals Anzeichen der jetzigen Krankheit?
Unter welchen Beschwerden litten Sie? Art der Erkrankung.

3. Namen und Adressen der behandelnden Ärzte

Während der Reise
Am Wohnort
Befinden Sie sich gegenwärtig im Spital? Wenn ja, in welchem?
Haben Sie schon früher an dieser Krankheit gelitten? Wenn ja, wann?
Welcher Arzt behandelte Sie damals?

4. Der Auszahlungsbetrag soll angewiesen werden an

Kontonummer	Bankleitzahl/Institut
Kontoinhaber	
Bitte legen Sie bei mehreren Rechnungen eine genaue Kostenaustellung bei (Währung/Betrag)	
Ort, Datum	Unterschrift

5. Ärztliches Attest *Medical Report*

Versicherte Person <i>Insured person</i>
Geburtsdatum <i>Date of birth (dd/mm/yy)</i>
An welchem Tag zu welcher Stunde trat der Versicherte erstmals in Ihre Behandlung? (dd/mm/yy - at __:__) <i>When did the insured first consult you?</i>
Wie lautet Ihre Diagnose? <i>What is your diagnosis?</i>
War Ihres Erachtens nach der Versicherte bei Antritt seiner Reise vollkommen gesund? Wenn nicht bitten wir um Bekanntgabe der Anamnese. <i>Was the insured in good health at the beginning of the journey? If not, what kind of troubles of health existed at that time?(Anamnesis)</i>
Ist eine sofortige Heimreise angezeigt? Wenn ja, womit? <i>Is an immediate return imperative? If so, what means of transport would you suggest?</i>
Ist ein Spitalsaufenthalt erforderlich? Wenn ja, voraussichtlich wie lange? <i>Is a hospital-stay necessary? If so, for how long?</i>
Welche Anordnungen haben Sie getroffen? <i>What dispositions have you taken?</i>

Angaben des behandelnden Arztes *Attending doctor's details*

Adresse <i>Adress</i>	
Ort, Datum <i>Place, date</i>	Unterschrift <i>Signature</i>

Zur Schadenbearbeitung benötigen wir

Versicherungsnachweis (Polizze oder Buchungsbestätigung)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Buchungsbestätigung des Reiseveranstalters	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Originalrechnungen für Medikamente, Arztbesuche (unter Angabe von Krankheitsbezeichnung und Art der Behandlung)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Abtretungserklärung für die Sozialversicherung (unter Angabe von Sozialversicherungsnummer- und Anstalt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
oder	
Auszahlungsbeleg der Sozialversicherung sowie Kopien der Originalrechnungen für Medikamente, Arztbesuche (unter Angabe von Krankheitsbezeichnung und Art der Behandlung)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein