


Schadenmeldung

Reise-Krankenversicherung

Bitte vollständig ausfüllen!

AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland
Schadenabteilung
Bahnhofstraße 16 · D - 85609 Aschheim b. München
Tel: +49.89.6 24 24-297 · Fax: +49.89.6 24 24-590
E-Mail: krankenschaden-awpde@allianz.com

1. Angaben zu Ihrer Person:

 Bitte geben Sie bei Doppelnamen oder mehreren Familiennamen alle Namen an!

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Vorname(n)	Name(n)
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße		Nummer / Adresszusatz	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
PLZ / Ort		Land	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Telefon / Mobil		E-Mail	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Geburtsdatum		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Versicherungs-Nr. (Versicherungsschein-, Jahresversicherungs-Nummer etc.)		Kreditkarteninstitut und Kreditkartennummer	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

2. Bankverbindung:

Wer soll die Versicherungsleistung erhalten?

<input type="checkbox"/> wie 1. Empfänger:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Vorname	Name
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Kreditinstitut		
<input type="text"/>		<input type="text"/>
IBAN (bis max. 34 Stellen)		Swift- / BIC-Code (8 oder 11 Stellen)


3. Angaben zur Reise:

 Bitte reichen Sie in jedem Fall Ihre Reisebestätigung sowie Ihren Versicherungsschein oder die Versicherungsbestätigung mit Nachweis der Prämienzahlung (Quittung) jeweils in Kopie ein!

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Privatreise	<input type="checkbox"/> Geschäftsreise
Reiseland		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Reise- / Aufenthaltsbeginn	Reise- / Aufenthaltsende	
Steht Ihnen im Reiseland ganzjährig eine Unterkunft zur Verfügung?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

4. 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?	<input type="text"/>	
	Währungsbezeichnung	
Wie wurden die Rechnungen bezahlt?	<input type="checkbox"/> Barzahlung <input type="checkbox"/> Kreditkarte / EC-Karte (Abrechnung bitte beilegen)	
Bitte geben Sie hier alle Rechnungen an – auch, wenn diese bereits eingereicht wurden:	 Bitte verwenden Sie ggf. ein Zusatzblatt.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller	Behandlungsdatum	Rechnungsbetrag (mit Währungsbezeichnung)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller	Behandlungsdatum	Rechnungsbetrag (mit Währungsbezeichnung)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller	Behandlungsdatum	Rechnungsbetrag (mit Währungsbezeichnung)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 / In welchem Krankenhaus waren Sie nach der Rückkehr von Ihrer Reise / Ihrem Aufenthalt zur Nachbehandlung?

Name und Anschrift des behandelnden Arztes oder Krankenhauses

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

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

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:

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

8. Datenschutz

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Die Verarbeitung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten, zu denen auch Gesundheitsdaten gehören, unterliegt besonderem Schutz. Indem Sie uns anlässlich Ihres Versicherungsfalles Gesundheitsdaten mitteilen, willigen Sie ausdrücklich ein, dass wir Ihre für die Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Gesundheitsdaten verarbeiten.

9. Belehrung zur Wahrheitspflicht (§ 28 VVG)

▶ Bitte füllen Sie als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland auch die Abtretungserklärung aus!

Vorstehende Angaben sind wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass vorsätzlich unwahre oder unvollständige Angaben einen Verlust der Versicherungsleistung zur Folge haben. Bei grob fahrlässig unwahren oder unvollständigen Angaben kann der Versicherer die Leistung im Verhältnis zur Schwere des Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn ich nachweisen kann, dass die unwahre oder unvollständige Angabe nicht grob fahrlässig gemacht wurde. Wenn ich nachweise, dass die vorsätzlich oder grob fahrlässig gemachte Angabe weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war, bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet. Die zuletzt genannte Einschränkung gilt nicht, wenn die unwahren oder unvollständigen Angaben arglistig gemacht wurden. Bei arglistig gemachten unwahren oder unvollständigen Angaben wird der Versicherer in jedem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei.

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 AWP P&C S.A., Bahnhofstraße 16, D - 85609 Aschheim bei München ab.

Ort / Datum

Unterschrift (Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich!)