

Bitte zurücksenden an

Versicherungsnummer

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Abt. RLK
Dannebergplatz 19/9
1030 Wien

Angaben zu einem Versicherungsfall in der Reise-Krankenversicherung

Bitte füllen Sie alle Felder vollständig und gut lesbar aus. Beachten Sie bitte, dass Sie durch falsche oder unvollständige Angaben Ihren Versicherungsschutz verlieren können. Lesen Sie hierzu bitte auch den Hinweis auf der letzten Seite.

Allgemeines

Bitte fügen Sie den Versicherungs- und Prämienzahlungsnachweis bei.

Angaben zur erkrankten Person:

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Staatsangehörigkeit(en): _____

Beruf/ausgeübte Tätigkeit zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls: _____

Wo und wie ist die erkrankte Person erreichbar?

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Wohnort: _____ Land: _____

E-Mail/Fax: _____ Telefon (privat mit Vorwahl): _____

Telefon (mobil): _____ Telefon (beruflich mit Vorwahl): _____

Angaben zur Bankverbindung:

An wen soll die Versicherungsleistung gezahlt werden (Auszahlungen sind nur per Überweisung möglich)?

Kontoinhaber: _____

Name, Ort Kreditinstitut: _____

BLZ/BIC/SWIFT/Branch-Code: _____

Konto-/IBAN-Nr.: _____



Angaben zur Reise:

- a) Beginn des Auslandsaufenthaltes und geplantes Reiseende: _____
Bitte fügen Sie als Nachweis eine Kopie Ihres Bus-, Bahn-, Flugtickets, von Ihrer Buchungsbestätigung oder vom Einreisestempel in Ihrem Reisepass bei.
- b) Was war der Anlass Ihrer Reise? Urlaubsreise Geschäftsreise Sonstiges _____
- c) In welchem Land wurden Sie behandelt? _____
- d) Besteht für Sie in diesem Land ein (weiterer) Wohnsitz? Ja Nein
Falls ja, geben Sie bitte die Anschrift an: _____

- e) Mit welchen Personen haben Sie die Reise angetreten? Bitte nennen Sie Namen und Anschrift.

Angaben zum Versicherungsfall

Bitte reichen Sie die Arztrechnungen, Rezepte, Quittungen und ärztliche Verordnungen im Original ein. Falls eine Vorleistung, z.B. durch Ihre gesetzliche Krankenversicherung erfolgt, genügt auch eine Kopie mit einem Erstattungsvermerk. Bei einer stationären Behandlung fügen Sie bitte auch eine Kopie des Entlassungsberichts bei.

Angaben zur Zahlung der Rechnung(en)

- a) In welcher Währung haben Sie die Rechnung(en) bezahlt? _____
- b) Welchen Erstattungsbetrag in EUR erwarten Sie? _____
- c) Wie haben Sie die Rechnung(en) bezahlt? Bitte fügen Sie ab einem umgerechneten Betrag in Höhe von 500,00 EUR einen Zahlungsnachweis bei.
 Barzahlung Überweisung Kreditkarte Sonstige Zahlung bitte angeben:

Bei Erkrankungen:

- a) Wegen welcher Krankheit(en) mussten Sie behandelt werden?
Bitte beschreiben Sie die Diagnose mit eigenen Worten.

- b) Wann traten die ersten Beschwerden auf? Bitte geben Sie ein Datum an. _____

Bei Zahnbehandlungen:

- a) Hatten Sie Zahnschmerzen? Ja Nein
- b) Haben Sie Zahnersatz (z. B. Kronen) erhalten? Ja Nein
- c) Wenn ja, wo? rechts oben rechts unten links oben links unten
- d) Wann traten die ersten Beschwerden auf? Bitte geben Sie ein Datum an. _____



Angaben bei einem Unfall:

a) Unfallort mit Straße/Hausnr.: _____

b) Unfalltag: _____ Uhrzeit: _____

c) Bitte schildern Sie den Unfallhergang:

d) Wurde der Unfall durch (eine) andere Person(en) herbeigeführt? Ja Nein
Wenn ja, durch wen? Bitte geben Sie Name(n) und Anschrift(en) an:

e) Ist der Unfall an Ihrem Arbeitsplatz während der Arbeitszeit bzw. in Ihrer Schule während der Unterrichtszeit oder einer Schulveranstaltung eingetreten? Ja Nein

f) Ist der Unfall auf dem Weg zu Ihrer Arbeitsstätte/Schule oder auf dem Weg von dort nach Hause eingetreten? Ja Nein

g) Wurden die Rechnungen über die Unfallbehandlung bereits dem Unfallverursacher bzw. dessen Haftpflichtversicherung zur Erstattung vorgelegt? Ja Nein

Wenn ja, bei wem?

Bitte geben Sie Name, Adresse, Versicherungsnummer der Haftpflichtversicherung an:

h) Gibt es Zeugen für den Unfall? Ja Nein
Wenn ja, nennen Sie bitte Namen und Anschriften.

i) Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? Nennen Sie uns bitte die Anschrift der Polizeidienststelle sowie das Aktenzeichen und fügen bitte eine Kopie des Polizeiprotokolls mit bei.

Bei einem Rücktransport:

Aus welchen Gründen mussten Sie zurück transportiert werden? Bitte fügen Sie medizinische Berichte bei.



Im Todesfall:

Geben Sie bitte das Todesdatum und die Todesursache an.
Fügen Sie bitte eine Kopie der Sterbeurkunde bei.

Weitere Angaben zum Versicherungsfall:

a) Wann wurden Sie aufgrund der genannten Krankheit(en) oder Beschwerden erstmals ärztlich behandelt?

Bitte geben Sie ein Datum an. _____

b) Wurden Sie wegen dieser Krankheit(en) vor Reisebeginn bereits behandelt? Ja Nein

c) Handelt es sich um die Folge einer vor Reiseantritt behandelten Krankheit bzw. eines vor Reiseantritt behandelten Unfalls? Ja Nein

Wenn ja, teilen Sie uns bitte die Behandlungszeiträume sowie die behandelnden Ärzte mit. Bitte geben Sie Name, Anschrift und Telefonnummer an.

d) Wer ist bzw. war in den letzten 12 Monaten vor Reiseantritt Ihr Haus-/Zahn-/Facharzt?

Bitte teilen Sie uns die Namen und Anschriften der Ärzte sowie die Behandlungszeiträume und die Diagnosen mit. Sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei.

e) Wurden Sie nach Ihrer Rückkehr aus dem Ausland in Deutschland weiter behandelt? Ja Nein

Wenn ja, teilen Sie uns bitte die behandelnden Ärzte (Namen und Anschriften) mit.

Angaben zu weiteren Versicherungen:

a) Besteht für Sie anderweitig Versicherungsschutz für Auslandsreisen, z. B. über eine Kreditkarte (EuroCard, VISA, Amex, Diners Barclay-Card) oder eine andere Vereinigung mit Rettungsdienstleistungen? Ja Nein

Falls ja, nennen Sie uns bitte die Mitgliedsnummer/ Kreditkartennummer und den Namen des Kreditkarteninstitutes/ Rettungsdienstes.



- b) Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung bzw. über welche anderen Verträge sind oder waren Sie in den letzten 3 Jahren krankenversichert (auch Zusatzversicherungen zur gesetzlichen Krankenkasse)? Bitte nennen Sie Name, Anschrift, Vertragsnummer.

- c) Sind die uns eingereichten Rechnungsunterlagen noch bei einer anderen Versicherung eingereicht worden? Ja Nein

Falls ja, fügen Sie bitte eine Kopie des Abrechnungsschreibens der anderen Versicherung bei.

- d) Haben Sie in den letzten 3 Jahren bei einem anderen Versicherer Arztrechnungen zur Erstattung eingereicht? Ja Nein

Falls ja, geben Sie bitte das Jahr, das Behandlungsland, den Namen sowie die Adresse und Vertragsnummer der Versicherungsgesellschaft an.



Hinweise über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege/Dokumente zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege/Dokumente nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Schlusserklärungen

Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig erfolgt sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Die vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen.

Hinweis zum Datenschutz: Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten zur Vertragserfüllung. Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihrer diesbezüglichen Rechte finden Sie unter www.hmr.de/datenschutz/information oder fordern Sie diese gern bei uns an.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in

Unterschrift versicherte Person
(oder gesetzlicher Vertreter)

