

Broadspire, by Crawford & Company (Deutschland) GmbH
 Werdener Straße 4
 40227 Düsseldorf

Telefon +49 (0)211 95 456-291
 Fax +49 (0)211 95 456-299
 E-Mail gebeco@broadspire.de

Schadenanzeige zur Reisekranken-Versicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde

Sie mussten sich im Ausland ärztlich behandeln lassen. Zur zügigen Bearbeitung Ihres Schadenfalles füllen Sie bitte die Schadenanzeige genau und vollständig aus und senden uns diese schnellstmöglich zurück. Vielen Dank für Ihre Mühe!

1. Angaben zur erkrankten Person und zur Reise

Name, Vorname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Telefon privat _____ Telefon geschäftlich _____

Geburtsdatum _____ E-Mail _____

Steht Ihnen im Urlaubsland ständig eine Unterkunft zur Verfügung? ja nein

Beginn des Auslandsaufenthaltes _____ Geplantes Reiseende _____

In welchem Land wurden Sie behandelt? _____

Was war der Anlass Ihrer Reise? **Urlaubsreise** Geschäftsreise Sonstiges: _____

Vereinbarter Versicherungsschutz – Gebeco

Basisschutz **Premiumschutz** **Reisekrankenschutz**

2. Angaben zu den entstandenen Kosten

Bitte auch angeben, sofern Rechnungen bereits eingereicht wurden.

Behandelnder Arzt (bzw. Rechnungssteller)	Rechnungsdatum	Rechnungsbetrag (mit Währungszeichen)	bereits gezahlt?	
			<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	<input type="checkbox"/> nein

Wie wurden die Rechnungen bezahlt? bar Kreditkarte Sonstiges: _____

3. Angaben zum Versicherungsfall

Wurde die Assistance Notrufzentrale eingeschaltet? ja nein

3.1 Erkrankung

Wegen welcher Beschwerden mussten Sie ärztlich behandelt werden?

Wie lautet die vom Arzt gestellte Diagnose?

Wann trat die Erkrankung erstmalig auf?

Wurden Sie am Urlaubsort stationär behandelt? nein ja, von _____ bis _____

Wenn ja, in welchem Krankenhaus?

Ging der stationären Behandlung eine ambulante Behandlung (z.B. Hotelarzt) voraus? ja nein

Wurden Sie wegen dieser Erkrankung vor der Reise schon einmal behandelt? ja nein

Wenn ja, Name und Anschrift des Arztes, der in den letzten 12 Monaten vor Reiseantritt Ihr Hausarzt, Zahnarzt oder Facharzt war:

Bei welchem Arzt waren Sie nach der Reiserückkehr zur Nachbehandlung? (Name und Adresse)

3.2 Unfall

Bitte schildern Sie den Unfallhergang und die Art Ihrer Verletzung:

Datum und Ort des Unfalles

Wurde der Unfall durch einen Dritten verursacht? nein ja, und zwar _____
(Name, Adresse)

Gab es Augenzeugen? nein ja, und zwar _____
(Name, Adresse)

Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen? ja nein

Wenn ja, bitte Polizeidienststelle, Ort und Aktenzeichen angeben: _____

Wurden die Rechnungen über die Unfallbehandlung bereits dem Unfallverursacher bzw. dessen Haftpflichtversicherer zur Erstattung vorgelegt?

nein ja, und zwar _____

(Name, Adresse, Versicherungsnummer der Haftpflichtversicherung)

4. Empfänger der Versicherungsleistung

Bitte geben Sie Name und Anschrift des berechtigten Empfängers der Versicherungsleistung an:

Bitte geben Sie die vollständige Bankverbindung, bei Auslandskonten auch IBAN und BIC, an:

Kontoinhaber

Bankkonto

Bankleitzahl

Bank

IBAN

BIC

X

Ort / Datum / Unterschrift des/ der Versicherten/Anspruchsberechtigten

5. Benötigte Unterlagen

Anlagen – beigefügt sind:

- Kopie Buchungsbestätigung mit Kreditkartenerfassung
- Originale der Arztrechnungen, Rezepte, Quittungen und ärztlichen Verordnungen
- Kopie Erstattungsschreiben der Krankenkasse oder Kopie der Erstattungsvermerke (Für Behandlungen in Ländern mit Sozialversicherungsabkommen)
- Kopie des Abrechnungsschreibens eines anderweitigen Krankenversicherers
- Bei stationärer Behandlung: Kopie des Krankenhaus-Entlassungsberichtes
- Im Todesfall: Kopie der Sterbeurkunde
- Sonstige Unterlagen: _____

6. Angaben zu weiteren Versicherungsverträgen

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

ja nein

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

Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung sind Sie krankenversichert (auch Zusatzversicherungen zur gesetzlichen Krankenkasse)?

Name, Anschrift, Vertragsnummer

7. 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.

Ort

Datum

Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters

X

8. Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich willige ein, dass der Versicherer im Rahmen dieses Leistungsfalles alle zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über frühere, bestehende und während der Vertragsdauer eingetretene Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen bei den in diesem Formular benannten Ärzten und Versicherern sowie den Ausstellern der angegebenen Rechnungen erheben darf. Dieses gilt auch für die behandelnden Ärzten und Krankenhäusern die nicht in der beiliegenden „Schadensanzeige“ aber in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder an der medizinischen Versorgung im Rahmen dieses Leistungsfalles beteiligt waren.

Die Schadenbevollmächtigten des Versicherers entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an diese beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

- Mit meiner Unterschrift gebe ich die im vorstehenden Absatz genannte Schweigepflichtentbindung ab. Diese Erklärungen gilt über meinen Tod hinaus und ist jederzeit widerrufbar.
- Eine Schweigepflichtentbindungserklärung gebe ich derzeit nicht ab. Stattdessen werde ich im Einzelfall schriftlich erklären, ob ich die entsprechenden Personen bzw. Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht entbinde. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Entscheidung zur Verzögerung der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit führen kann, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine etwaig mitversicherten Kinder sowie alle weiteren von mir gesetzlich vertretenen Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Eine Kopie dieser Ermächtigung besitzt ebenfalls Gültigkeit.

Ort

Datum

Unterschrift derjenigen Person, über die Daten erhoben werden sollen

X
