

## Schadenanzeige Reise-Krankenversicherung

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

Versicherungsnummer

### 1. Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Reise

Name, Vorname		Geburtsdatum/-land
Straße, Hausnummer, PLZ Ort		
Staatsangehörigkeit	Telefon privat / Mobil	E-Mail
Reiseziel	Reisedauer vom	bis

### 2. Angaben zum Krankheitsverlauf bzw. Unfallgeschehen

a) Wurden Sie am Urlaubsort ambulant oder stationär behandelt?	<input type="checkbox"/> ambulant	vom _____	bis _____		
	<input type="checkbox"/> stationär	vom _____	bis _____		
Bitte nennen Sie den Namen und die Anschrift des Arztes bzw. Krankenhauses					
b) Bitte schildern Sie mit eigenen Worten den Krankheitsverlauf bzw. Ihre Beschwerden:					
c) Wie lautete die vom Arzt gestellte Diagnose?					
d) Wann trat die Erkrankung erstmalig auf?					
e) Wurden Sie wegen dieser Erkrankung vor der Reise schon einmal behandelt?				<input type="checkbox"/> ja, am _____	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Name und Anschrift des Arztes					
f) Bei welchem Arzt waren Sie nach Reiserückkehr zur Nachbehandlung? (Name und Adresse)					

### 3. Zusätzliche Fragen bei einem Unfall

a) Wann ereignete sich der Unfall?	Datum	Uhrzeit
b) Wer hat den Unfall verursacht? (Name und Adresse)		
Name, Anschrift, Vertragsnummer der Haftpflichtversicherung des Unfallgegners		
c) Unfallursache, Unfallhergang und Unfallort		
d) Gab es Augenzeugen? (Namen, Adressen)		
e) Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, bitte Polizeidienststelle und Ort angeben		

### 4. Welche Kosten sind im Einzelnen entstanden?

a) Wie wurden die Rechnungen bezahlt? <input type="checkbox"/> Barzahlung <input type="checkbox"/> Kreditkarte <input type="checkbox"/> EC-Karte				
<b>b) Bitte auch angeben, sofern Rechnungen eingereicht wurden</b>				
Behandelnder Arzt bzw. Rechnungssteller	Rechnungsart z. B. Medikament, Behandlung	Behandlungsdatum	Rechnungsdatum	Rechnungsbetrag (mit Währungsbezeichnung)
<b>Gesamtbetrag</b>				

## 5. Empfänger der Versicherungsleistung

Kontoinhaber Name, Vorname

**DE**

IBAN

BIC

Geldinstitut

Falls Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer (VN), bitte Unterschrift VN

## 6. Angaben zu weiteren Versicherungsverträgen

a) In welcher Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung sind Sie Mitglied? (Name, Anschrift und Mitgliedsnummer)

---

b) Wurde bei einer anderen Stelle (z. B. gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, Beihilfestelle) ein weiterer Erstattungsantrag gestellt?  ja  nein

c) Besteht eine weitere Krankenversicherung mit Auslandsschutz (z. B. über Kreditkarte, oder sind Sie Mitglied beim ADAC, dem Roten Kreuz oder einer anderen Vereinigung, die in Notfällen Rettungsdienstleistungen anbietet?)  ja  nein

Name, Anschrift und Mitglieds- bzw. Kreditkartennummer angeben

## 7. Zur Schadenbearbeitung benötigen wir folgende Unterlagen:

Allgemein	Zusätzlich bei Unfall	Zusätzlich bei Tod
<input type="checkbox"/> Originalrechnung	<input type="checkbox"/> Polizeiprotokoll (falls vorhanden)	<input type="checkbox"/> Sterbeurkunde
<input type="checkbox"/> Versicherungsnachweis		
<input type="checkbox"/> Reisedauernachweis		
<input type="checkbox"/> Befundberichte		
<input type="checkbox"/> Ärztliche Verordnungen für Medikamente, Hilfs- oder Heilmittel		
<input type="checkbox"/> Zahlungsnachweise		
<input type="checkbox"/> Bei Erstattung eines anderen Versicherers Kopie des Erstattungsachweises		

**Vorstehende Angaben sind wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen erfolgt. Ich habe davon Kenntnis genommen, dass unwahre und unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsanspruches führen können, auch wenn dem Versicherer durch sie kein Nachteil entsteht.**

Ich ermächtige Ärzte, Heilpraktiker, Krankenanstalten aller Art, Versicherungsträger, insbesondere die gesetzlichen Krankenversicherungen, Gesundheits- und Versorgungsämter der SIGNAL IDUNA Gruppe alle zur Ermittlung des Schadens erforderlichen Auskünfte über frühere, bestehende oder während der Vertragsdauer eingetretenen Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen zu erteilen und befreie die Genannten hiermit von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)