

Schadennummer

\_\_\_\_\_

AGA International S.A.  
Niederlassung für Deutschland  
Schadenabteilung  
Bahnhofstraße 16 · D - 85609 Aschheim b. München  
Telefon: +49.89.6 24 24-0  
Telefax: +49.89.6 24 24-222  
E-Mail: krankenschaden@allianz-assistance.de

Global Assistance



# Schadenmeldung Reise-Krankenversicherung

Bitte vollständig ausfüllen!

## 1. Angaben zu Ihrer Person:

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

Herr  Frau  Vorname(n)

Straße

PLZ / Ort

Arbeitsstätte

Telefon privat

Geburtsdatum

Geburtsland

Versicherungs-Nr. (Versicherungspolice-, Jahresversicherungs- oder Kreditkartennummer etc.)

Name(n)

Nummer / Adresszusatz

Land

Beruf

Telefon tagsüber

E-Mail

Staatsangehörigkeit

## 2. 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!

Reiseland

Reise- / Aufenthaltsbeginn  Reise- / Aufenthaltsende

Privatreise  Geschäftsreise

Steht Ihnen im Reiseland während des ganzen Jahres eine Unterkunft zur Verfügung?  Nein  Ja

## 3. 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?  Währungsbezeichnung

Wie wurden die Rechnungen bezahlt?  Barzahlung  Kreditkarte  Sonstige Zahlung

Bitte geben Sie hier alle Rechnungen an – auch, wenn diese bereits eingereicht wurden:

|  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller <input type="text"/> | Behandlungsdatum <input type="text"/> | Rechnungsbetrag (mit Währungsbezeichnung) <input type="text"/> |
| Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller <input type="text"/> | Behandlungsdatum <input type="text"/> | Rechnungsbetrag (mit Währungsbezeichnung) <input type="text"/> |
| Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller <input type="text"/> | Behandlungsdatum <input type="text"/> | Rechnungsbetrag (mit Währungsbezeichnung) <input type="text"/> |

## 4. Bankverbindung:

Sollten Ihnen Kosten entstanden sein, bitten wir um Angabe der Bankverbindung.

Name des Kontoinhabers:

wie 1. Empfänger:  Vorname  Name

Kontonummer  Bankleitzahl  Kreditinstitut

Bei Auslandsüberweisungen bitte zusätzlich angeben:

IBAN  Swift- / BIC-Code

## 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 waren Sie nach der Rückkehr von Ihrer Reise / Ihrem Aufenthalt zur Nachbehandlung?

Name und Anschrift des behandelnden Arztes

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

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:

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

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

Haben Sie in der Vergangenheit schon einmal Kosten bei einer Reise-Krankenversicherung geltend gemacht?

 Nein  Ja

Name und Anschrift der Versicherungsgesellschaft

Name und Anschrift der Versicherungsgesellschaft

**8. 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 den Verlust der Versicherungsleistung, grob fahrlässig unwahre oder unvollständige Angaben eine – der Schwere meines Verschuldens entsprechende – Kürzung der Versicherungsleistung zur Folge haben können, es sei denn, diese Angaben werden weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich. Die zuletzt genannte Einschränkung gilt nicht, wenn die unwahren oder unvollständigen Angaben von mir arglistig gemacht wurden.

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 AGA International S.A., Bahnhofstraße 16, D - 85609 Aschheim bei München ab.

Ort / Datum

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