

# Formular zur Auslandsreise-Krankenversicherung

Versicherungsnummer

Schadensnummer

**Bitte zurücksenden an:**

**Union Reiseversicherung AG  
Reiseservice**

**66099 Saarbrücken**

Frage:	Antwort:
<p>1. Geben Sie bitte Ihren kompletten Namen mit vollständiger Adresse an:  (nur wenn der URV nicht bereits bekannt)</p>	
<p>2. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus?  Wo befindet sich Ihre Arbeitsstätte?</p>	
<p>3. Wann sind Sie in das Urlaubsland eingereist?  (Bitte fügen Sie einen Nachweis bei)</p>	
<p>4. Bitte geben Sie Namen und Anschrift Ihrer Unterkunft im Ausland an?</p>	
<p>5. In welcher Währung wurden die Rechnungen beglichen?</p>	
<p>6. Wie wurden die Rechnungen bezahlt?  (bar, Kreditkarte usw. - gegebenenfalls Kreditkartenabrechnung beifügen)</p>	

Folgeseite

<p>7. Bei welcher Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung sind Sie krankenversichert?</p> <p>(Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift des Unternehmens sowie Ihre Versicherungsnummer an)</p>	
<p>8. Besteht eine weitere Krankenversicherung mit Auslandsreise-Krankenschutz?</p> <p>(Wenn ja, geben Sie bitte den Namen und die Anschrift des Unternehmens sowie Ihre Versicherungsnummer an)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>9. Bei welchem Arzt waren Sie nach der Rückkehr von Ihrer Reise zur Nachbehandlung?</p> <p>(Bitte geben Sie den Namen und die genaue Anschrift an und schicken Sie uns ein ärztliches Attest über die weitere Therapie)</p>	
<p><b>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.</b></p>	
<p><b>Ich ermächtige Ärzte, Heilpraktiker, Krankenanstalten aller Art, Versicherungsträger, insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen, Gesundheits- und Versorgungsämter, der Union Reiseversicherung AG 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.</b></p>	
<p>Ort und Datum</p>	<p>Unterschrift (bei Minderjährigen die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)</p>