

Gaede & Glauerdt Assecuradeur GmbH & Co.KG  
 Bereich Reiseversicherungen  
 Herrengraben 3  
 20459 Hamburg

Telefon +49 (0) 40 37 65 3 – 355  
 Fax +49 (0) 40 37 65 3 – 220  
 E-Mail gebeco@gaedeglauerdt.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	Geburtsdatum
Telefon geschäftlich	E-Mail
Beginn des Auslandsaufenthaltes	Geplantes Reiseende
In welchem Land wurden Sie behandelt?	
Gebeco-Reise" _____"	

**Bitte fügen Sie die Buchungsbestätigung in Kopie bei.**

### 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  Sonstige: \_\_\_\_\_

### 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:

---

---

## 4. Empfänger der Versicherungsleistung

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

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

Kontoinhaber

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, siehe Liste auf Seite 4)
- 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. Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindung

Sehr geehrte/r Versicherte/r,

bitte unterzeichnen Sie die nachstehende Erklärung. Diese stellt keine generelle Entbindung von der Schweigepflicht dar, sondern erstreckt sich nur auf Auskünfte über die während der Reise erforderlichen medizinischen Maßnahmen.

Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten sowie Schweigepflichtentbindungen

Bitte geben Sie Ihre Erklärungen ab, in dem Sie die Kästchen wie folgt ankreuzen:



### 1. Von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass die im Rahmen des eingereichten Leistungsfalles mitgeteilten Gesundheitsdaten vom Versicherer bzw. dem Schadenregulierungsbevollmächtigten erhoben, entgegengenommen sowie gespeichert und genutzt werden, soweit dieses zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich ist.

### 2. Weitergabe von Gesundheitsdaten und weiterer geschützter Daten

Ja, ich willige ein, dass sich der Versicherer bzw. der Schaden bevollmächtigte des Versicherers, alle im Rahmen dieses Leistungsfalles zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über frühere, bestehende und während der Versicherungsdauer eingetretene Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen bei den in diesem Formular benannten Ärzten und Versicherern sowie den Ausstellern der angegebenen Rechnungen erheben darf. Hierzu befreie ich die in der Schadenanzeige Genannten von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur medizinischen Begutachtung an beratene externe Ärzte bzw. Gutachter übermittelt werden.

Nein, 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. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Schadensregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sofern sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Leistungspflicht nicht oder nur teilweise ermitteln lässt.

### 3. Einwilligung in die Kommunikation per unverschlüsselter E-Mail-Mitteilungen bei der Schadensbearbeitung und -regulierung eines Leistungsfalles

Ich bin damit einverstanden, dass die Kommunikation per unverschlüsselter E-Mail-Mitteilungen bei der Bearbeitung und Regulierung meines Leistungsfalles erfolgt. Mir ist bekannt, dass beim Versand von E-Mail-Nachrichten unter Umständen Unbefugte Dritte vom Inhalt Kenntnis nehmen können.

### 4. Regressansprüche gegenüber Dritten

Wir informieren Sie hiermit, dass zur Geltendmachung und zur Abwehr von Regressansprüchen bezüglich des Leistungsfalles persönliche (Gesundheits-)Daten im erforderlichen Umfang von behandelnden Ärzten und Krankenhäusern erhoben und an Personenversicherer (z.B. private Krankenversicherer), gesetzliche Krankenkassen oder Unfallverursacher übermittelt werden können.

Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus und ist jederzeit widerrufbar. 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.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters

**X**

(Bei Minderjährigen ist die Unterschrift es gesetzlichen Vertreters erforderlich.)

Länderliste Sozialversicherungsabkommen (Stand 2017)

Belgien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Israel, Island, Italien, Kosovo, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Mazedonien, Montenegro, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Serbien, Slowakei, Spanien, Tschechien, Ungarn, Vereinigtes Königreich Großbritannien, Zypern