europ assistance
you live we care

Meldung Versicherungsfall
Auslandskrankenversicherung

BITTE SENDEN SIE ALLE UNTERLAGEN AN:

Europ Assistance Services GmbH
Adenauerring 9
81737 München

Kreditkarten- oder Versicherungsnummer:	Unser Aktenzeichen (falls bekannt):

1. Allgemeine Angaben: Versicherungsnehmer bzw. Kreditkarteninhaber

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Männlich ☐	Weiblich ☐

Straße/Nr.:	PLZ:	Ort:

Tel.:	E-Mail oder Fax:

1.1. Allgemeine Angaben: Versicherte Person

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:

Straße/Nr.:	PLZ:	Ort:

Tel.:	E-Mail:	Verwandtschaftsverhältnis zu Person unter 1.1.: Häusliche Gemeinschaft: ☐ ja ☐ nein

2.1. Angaben zur versicherten Reise

Reiseland:	Geplanter Reisebeginn:	Geplantes Reiseende:

Versicherungsabschluss am:	Besteht im Land der Erkrankung bzw. Unfalls ein Wohnsitz?	Handelt es sich um eine Geschäftsreise?

2.2. Nur bei Erkrankung auszufüllen

Um welche Krankheit handelt es sich? ▸ Bitte genaue Diagnose(n) angeben und Befundberichte einreichen; ▸ bei Tod, bitte um Angabe der Todesursache und Einreichung der Sterbeurkunde	Tag des Krankheitsbeginns:

Kurze Schilderung des Krankheitsverlaufs:

Seit wann bestehen die Beschwerden?	Wann wurden diese erstmals behandelt?	Fand früher wegen diesem oder einem ähnlichen Zustand ärztlicher Behandlung statt?

Wenn ja, bitte Datum der Behandlung, Name und Adresse des behandelnden Arztes angeben.

Datum:	Name und Adresse des behandelnden Arztes:

2.3. Nur bei einem Unfall auszufüllen

Schilderung des Unfalls: ▸ Genaue Beschreibung der Örtlichkeit, des Unfall-Hergangs und der Unfall-Ursache

Unfallort:	Unfalltag:	Uhrzeit des Unfalls:	Waren Dritte am Unfall beteiligt? ☐ ja ☐ nein

▸ Wenn ja, geben Sie bitte Name und Anschrift der Beteiligten an:

Name:	Anschrift:

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?	▸ Wenn ja, geben Sie bitte folgende Informationen an:
☐ ja ☐ nein	Tagebuchnummer/Aktenzeichen:
	Anschrift der Polizeidienststelle:

Welche Folgen hatte der Unfall? ▸ Bitte beschreiben Sie Art und Umfang der Verletzung

2.4. Weitere Versicherungen

Welche Art der Krankenversicherung besteht im Heimatland?

☐ Gesetzliche Krankenversicherung ☐ Private Krankenversicherung ☐ Beihilfe

Name der Krankenversicherung:	Anschrift:	Mitglieds-/Versicherungsnummer:	Aktenzeichen (falls vorhanden)

Bestehen zusätzlich noch weitere Versicherungen?
▸ Bitte geben Sie gegebenenfalls jeweils Anschrift, Versicherungs- bzw. Kreditkartennummer an.

Auslandsreisekranken-, Krankenhaus-, Tagegeld-, und/oder Unfallversicherungen
Private Krankenzusatzversicherung wie 1- bzw. 2-Bettzimmer mit Chefarzt

Name der Krankenversicherung:	Anschrift:	Mitglieds-/Versicherungsnummer:	Aktenzeichen (falls vorhanden):

Kreditkarten mit Versicherungsleistungen

Kreditkarteninstitut:	Anschrift:	Kreditkartennummer:	Aktenzeichen (falls vorhanden):

KFZ-Schutzbrief

Versicherungsunternehmen:	Anschrift:	Mitglieds-/Versicherungsnummer:	Aktenzeichen (falls vorhanden):

Mitgliedschaft bei einer anderen Organisation (z. B. DSV, DRF Luftrettung, Malteser, DRK usw.)

Versicherungsunternehmen:	Anschrift:	Mitglieds-/Versicherungsnummer:	Aktenzeichen (falls vorhanden):

Sonstiges

Name:	Anschrift:	Mitglieds-/Versicherungsnummer:	Aktenzeichen (falls vorhanden):

Wurde der Schadenfall dort gemeldet?	Wurde von dort bereits eine Entschädigung geleistet?
☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

2.5. Weitere Angaben

Befand sich die versicherte Person in stationärer Behandlung?	▸ Wenn ja, geben Sie bitte folgende Informationen an:
☐ ja ☐ nein	Name des Krankenhauses:
	Anschrift des Krankenhauses:

3. Rechnungen

WICHTIGER HINWEIS:

- Bitte reichen Sie die Originalrechnungen zuerst bei Ihrer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung ein.
- Reichen Sie uns dann alle Rechnungen im Original mit folgenden Unterlagen ein:
  Ärztliche Verordnung(en), Befundbericht(e), Abrechnungsschreiben von der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, Zahlungsnachweise

Rechnungsart:	Rechnungsdatum:	Rechnungsbetrag:	Betrag in Euro:	Bereits bezahlt	
				☐ ja	☐ nein
				☐ ja	☐ nein
				☐ ja	☐ nein
				☐ ja	☐ nein
				☐ ja	☐ nein

4. Zahlungsdaten

Kontoinhaber:	Kreditinstitut:	Ort:
IBAN:	Swift/BIC Code bei Auslandsüberweisung:	

4. Platz für ergänzende Angaben

Belehrung zur Wahrheitspflicht

Vorsätzlich oder grob fahrlässig unwahre bzw. lückenhafte Angaben können nach der Rechtsprechung auch dann zum Verlust des Versicherungsanspruches führen, wenn dem Versicherer durch sie kein Nachteil entsteht. Durch meine Unterschrift bestätige ich ausdrücklich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben.

Ort	Datum	Unterschrift versicherte Person bzw. gesetzlicher Vertreter

WICHTIGER HINWEIS

- Bitte reichen Sie zur Bearbeitung folgende Unterlagen ein:

Unterlagen	Als Anlage beigefügt (nur wenn zutreffend)
Die Abrechnung Ihrer gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung im Original	☐ ja ☐ nein
Originalrechnungen	☐ ja ☐ nein
Eine Zahlungsbestätigung (z.B. Kopie Ihrer Kreditkartenabrechnung, Bankauszug)	☐ ja ☐ nein
Bei Krankheit: Einen medizinischen Befundbericht des ausländischen Arztes, ggf. eine ärztliche Verordnung für Medikamente	☐ ja ☐ nein
Im Todesfall: Kopie der Sterbeurkunde	☐ ja ☐ nein
Nachweise zum Verwandtschaftsverhältnis bzw. zur häuslichen Gemeinschaft (z.B. amtliche Meldebescheinigung)	☐ ja ☐ nein
Nachweis zur Reisedauer (z.B. Kopie der Buchungsbestätigung)	☐ ja ☐ nein

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Europ Assistance Servicios Integrales de Gestión S. A. U. (Europ Assistance) ist im Auftrag Ihres Versicherers tätig. Um Ihre Gesundheitsdaten im Rahmen Ihres Leistungsfalls erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Einwilligung, um Ihre Gesundheitsdaten für die Prüfung des Leistungsfalls bei schweigepflichtigen Stellen (z. B. Ärzten) erheben zu dürfen. Wir benötigen Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten an externe Dienstleister weiterleiten zu dürfen. Die folgenden Einwilligungserklärungen sind für die Bearbeitung Ihres Leistungsfalles unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird eine abschließende Bearbeitung nicht möglich sein.

1. Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung der personenbezogenen Daten und der Gesundheitsdaten
Ich willige ein, dass Europ Assistance die von mir für diesen Versicherungsfall mitgeteilten personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Leistungserbringung erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht
Wir benötigen zur Überprüfung der eingereichten Unterlagen Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für Ärzte und sonstige Angehörige eines Heilberufs, falls im Rahmen der Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt vor Ort sowie meinen Hausarzt bzw. sonstige in diesen Fall involvierte Ärzte und Personenversicherer in Deutschland von der ärztlichen Schweigepflicht und erlaube ihm/ ihnen, der Europ Assistance telefonische oder schriftliche Auskünfte über die Anamnese oder aktuelle Befunde zu geben.

Englische Schweigepflichtsentbindung für Fälle im Ausland:
I hereby release my treating doctor on site and my family doctor from his/her medical confidiality to inform the representative of Europ Assistance about the diagnosis or current findings.

Ich willige ein, dass die Europ Assistance – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie Bediensteten von Krankenhäusern, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch Europ Assistance an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Europ Assistance tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
Europ Assistance führt bestimmte Aufgaben, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle.

Im Rahmen der Leistungserbringung setzen wir u.a. folgende Gesellschaften ein:
- Krankenhäuser, Kliniken und Arztpraxen
- Krankentransporteure (medizinisch Rücktransport aus dem Ausland oder Verlegung vor Ort)
- Korrespondenten zur Organisation der Leistungen und Kostenübernahme vor Ort
- Reiseveranstalter

Ich willige ein, dass Europ Assistance meine Gesundheitsdaten an die oben genannten Stellen übermittelt und, dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie Europ Assistance dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Europ Assistance und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

4. Ermächtigung zur Kommunikation mit weiteren Personen.
Ich ermächtige Europ Assistance mit folgenden Personen über meine personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zu dem vorgenannten Versicherungsfall zu kommunizieren.

Bitte benennen Sie Mitreisende oder Angehörige. Anderenfalls dürfen wir keine Auskünfte zum Versicherungsfall erteilen.

Informationsberechtigte Personen:

1.		3.	
2.		4.	

Mir ist bekannt, dass die Abgabe dieser Erklärung freiwillig ist, und ich sie ohne Angabe von Gründen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die vorstehende Erklärung gebe ich auch für meine mitversicherte Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherte Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Ort, Datum	Unterschrift versicherte Person bzw. gesetzlicher Vertreter

Erklärung für nicht ansprechbare Personen bzw. im Todesfall

Vorstehende Einwilligung erteile ich, (Vor- und Nachname)		
der/die	(Verwandtschaftsgrad)	für
Ort, Datum:	Unterschrift:	