

Kreditkartennummer: _____ Aktenzeichen: _____
(Falls bekannt)

1.1. Allgemeine Angaben

Kreditkarteninhaber

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Nr.:	PLZ:	Ort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel:	E-Mail oder Fax:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

1.2. Allgemeine Angaben

Versicherte Person

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verwandtschaftsverhältnis zum Versicherungsnehmer:	Besteht eine häusliche Gemeinschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße:	PLZ:	Ort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel:	E-Mail oder Fax:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2. Angaben zur versicherten Reise

Reiseland:
<input type="text"/>
Reisezeitraum
von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>
Wann haben Sie die Versicherung abgeschlossen?
<input type="text"/>
Besteht im Land der Erkrankung/des Unfalls ein Zweitwohnsitz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Handelt es sich um eine Geschäftsreise? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

2.1. Nur bei Erkrankung auszufüllen

Tag des Krankheitsbeginns:
<input type="text"/>

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)	
Kurze Schilderung des Krankheitsverlaufs:	
Seit wann bestehen die Beschwerden und wann wurden diese erstmals behandelt?	
Waren Sie bereits früher wegen diesem oder einem ähnlichen Zustand in ärztlicher Behandlung?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Datum der Behandlung, Name und Adresse des Arztes bzw. Krankenhauses	
2.2. Nur bei einem Unfall auszufüllen	
Schilderung des Unfalls (genaue Beschreibung der Örtlichkeit, des Hergangs, der Ursache)	
weitere Angaben:	Unfallort:
	Unfalldatum: Uhrzeit:
Gibt es Zeugen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Name und Anschrift:
Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Tagebuch Nr./ Aktenzeichen der Polizeidienststelle
Welche Folgen hatte der Unfall? (Art und Umfang der Verletzung)	
2.3. Weitere Angaben	
Bestehen für die versicherte Person weitere Versicherungen? (z.B.: Krankenhaus-/ Tagegeld-/ Auslandsreise-kranken- und/oder Unfallversicherungen, Schutzbrief oder Mitgliedschaft bei einer anderen Organisation/ Kreditkarte)	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	
Art der Versicherung:	
Adresse:	
Versicherungsnummer:	

Europ Assistance Versicherungs-AG

Adenauerring 9 – 81737 München – Deutschland

Telefon: +49 (0)89 411 116-111 – Telefax: +49 (0)89 55 987-156

www.europ-assistance.de

Welcher gesetzlichen / privaten Krankenversicherung gehört die versicherte Person an?

Name, Anschrift, Versicherungsnummer:

Bitte reichen Sie Ihre Rechnungen zuerst dort ein.

Wurde von anderer Seite bereits eine Entschädigung geleistet?

nein Wenn ja, von wem und in welcher Höhe? (ggf. bitte Abrechnungsschreiben beifügen):

Wenn noch nicht geleistet wurde, ist eine Entschädigung beantragt?

nein Wenn ja, bei wem?

Befand sich die versicherte Person in stationärer Behandlung?

nein Wenn ja, von _____ bis _____

Anschrift Krankenhaus (**Bitte Befundbericht beifügen**)

Rechnungen

Hierzu sind alle Rechnungen im Original mit folgenden Unterlagen einzureichen: ärztliche Verordnung(en), Befundbericht(e), Abrechnungsschreiben von der gesetzlichen/privaten Krankenversicherung, Zahlungsnachweise

Rechnungsart	Rg. Datum	Rg. Betrag	Betrag in Euro	Bereits bezahlt
				<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 <input type="checkbox"/> ja

Zahlungsdaten

Kontoinhaber:

IBAN:

Name der Bank:

SWIFT/BIC Code:

Ort:

Europ Assistance Versicherungs-AG

Adenauerring 9 – 81737 München – Deutschland

Telefon: +49 (0)89 411 116-111 – Telefax: +49 (0)89 55 987-156

www.europ-assistance.de

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 Versicherungsnehmer

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Europ Assistance daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Europ Assistance Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch Europ Assistance

Ich willige ein, dass die Europ Assistance die von mir mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Leistungsprüfung dieses Versicherungsfalles erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht für diesen Einzelfall

Ich willige ein, dass die Europ Assistance, soweit dies für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist, meine Gesundheitsdaten bei folgenden Stellen (Hausarzt/ Facharzt) erhebt und für die Leistungsprüfung zweckgebunden verwendet:

Name, Adresse des Hausarztes:

Name, Adresse des Facharztes:

Ich befreie die oben genannten Personen und deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht, soweit die zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten an die Europ Assistance übermittelt werden und befreie auch insoweit die für die Europ Assistance tätigen Personen von Ihrer Schweigepflicht.

Sofern Sie nicht selbst erkrankt bzw. verunfallt sind, lassen sie bitte die Erklärung von den Betroffenen, deren Gesundheitsdaten erhoben werden sollen, unterzeichnen.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Europ Assistance benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Europ Assistance meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Leistungsprüfung erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Europ Assistance zurück übermittelt werden.

Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Versicherung tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Europ Assistance Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Europ Assistance Ihren Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Europ Assistance einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Zur Abrechnung von Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die Versicherung unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Europ Assistance tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Ort

Datum

Unterschrift Patient (bzw. des gesetzlichen Vertreters)

Europ Assistance Versicherungs-AG

Adenauerring 9 – 81737 München – Deutschland

Telefon: +49 (0)89 411 116-111 – Telefax: +49 (0)89 55 987-156

www.europ-assistance.de