Schadensformular Medizinische Leistungen

Europäische Reiseversicherung AG, Kratochwjlestraße 4, A-1220 Wien
Tel. +43/1/317 25 00-73930, Fax +43/1/319 93 67-73930, E-Mail: schaden@europaeische.at

Europäische Reiseversicherung

Bitte füllen Sie das Formular vollständig in Blockbuchstaben aus und schicken Sie es uns per Post, Fax oder E-Mail zu.

Schaden-Nr. _____
(wird von der EUROPÄISCHEN vergeben!)

1. Polizzen-Nr. _____

☐ Herr ☐ Frau Vorname _____ Nachname _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____ Land _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____ E-Mail _____

Zweck der Reise ☐ privat ☐ beruflich ☐ sonstiges _____

Beruf _____

Reisebeginn _____ Reiseende _____ Reiseziel _____

2. Wodurch entstanden Kosten?

☐ Spitalaufenthalt ☐ Heimtransport ☐ Bergung – durch wen? _____

☐ ambulante Behandlung ☐ Invalidität ☐ anderer Grund _____

Höhe der entstandenen Kosten € _____

3. Diagnose _____

4. Sachverhaltsschilderung (bitte zusätzliches Blatt beilegen, wenn der Platz nicht ausreicht):
Wann und wo ist das Ereignis eingetreten? Datum _____ Ort _____ Land _____

_____

_____

_____

_____

5. Dauert die ärztliche Behandlung noch an?
☐ Nein ☐ Ja – Name/Adresse des Arztes/Krankenhauses: _____

6. Bei welcher Krankenkasse sind Sie sozialversichert? Sozialversicherungsnummer ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Gebietskrankenkasse | WIEN | NÖ | OÖ | S | T | VBG | STM | KTN | BGL | KFA | BVA | SVA | VAE | Sonstige: ☐

7. Besitzen Sie eine:

			Polizzen-Nr.	Name der Gesellschaft
Privatkranken-/-unfallversicherung	☐ Nein	☐ Ja –	_____	_____
Sonstige Reiseversicherung	☐ Nein	☐ Ja –	_____	_____
ARBÖ-Versicherung	☐ Nein	☐ Ja –	_____	_____
Kreditkarte	☐ Nein	☐ Ja – welche?		

☐ Visa ☐ MasterCard ☐ DinersClub ☐ AmericanExpress ☐ _____ Karten-Nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ X X X X

☐ Visa ☐ MasterCard ☐ DinersClub ☐ AmericanExpress ☐ _____ Karten-Nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ X X X X

8. Haben Sie an eine der unter Pkt. 6 und/oder 7 genannten Gesellschaften bereits Ansprüche auf Schadenersatz gestellt?
☐ Nein ☐ Ja – an wen? (Name und Adresse) _____

Wurden diese Ansprüche anerkannt? ☐ Nein ☐ Ja – in welcher Höhe? € _____

Für die rasche Schadensbearbeitung legen Sie bitte folgende Unterlagen bei:

- Versicherungsnachweis*
- Reiseunterlagen (z.B. Buchungsbestätigung)
- Behandlungskosten-/Medikamentenrechnung in Kopie plus Auszahlungsbeleg der Krankenkasse/einer Privatversicherung **oder** Behandlungskosten-/Medikamentenrechnung im Original (Kostenersatz abzüglich Selbstbehalt)

* für Kreditkarteninhaber: Nachweis der Kartenverwendung innerhalb von 3 Monaten vor Schadenseintritt = Kopie der Monatsabrechnung

Die Versicherungsleistung soll auf folgendes Konto erfolgen: Kontoinhaber _____

Konto-Nr. _____ BLZ _____ Bank _____

IBAN* _____ BIC Code* _____

* nur bei Auslandsüberweisung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben.

Datum _____ Unterschrift _____

Stand 11/2011