

Schadensformular Medizinische Leistungen

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



Zur Prüfung Ihrer Ansprüche benötigen und verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Vertragserfüllung (Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO) und soweit erforderlich auch Ihre Gesundheitsdaten (§ 11a - d VersVG). Nähere Information zu unserer Datenverarbeitung unter europaeische.at/datenschutz

Polizzen-Nr. _____ Schaden-Nr.: _____

1. 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 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 <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja –	_____	_____
Sonstige Reiseversicherung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja –	_____	_____
ARBÖ-Versicherung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja –	_____	_____
Kreditkarte <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – welche?		
<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> DinersClub <input type="checkbox"/> AmericanExpress <input type="checkbox"/>	Karten-Nr. _____	_____
<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> DinersClub <input type="checkbox"/> AmericanExpress <input type="checkbox"/>	Karten-Nr. _____	_____

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 folgende Konto erfolgen: Kontoinhaber _____
IBAN _____ SWIFT/BIC _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben und stimme der Verwendung meiner personenbezogenen Daten sowie insbesondere auch meiner Gesundheitsdaten zur Prüfung meiner Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag zu. Das Informationsblatt zur Datenverarbeitung (europaeische.at/datenschutz) habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum _____ Unterschrift _____