

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



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. _____
 Visa MasterCard DinersClub AmericanExpress _____ 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 folgendes Konto erfolgen: Kontoinhaber _____
IBAN _____ SWIFT/BIC _____

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

Datum _____ Unterschrift _____