

Merkblatt zum Ausfüllen der Schadenanzeige für die Reisekrankenversicherung

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin, sehr geehrter Versicherungsnehmer,

leider sind Sie während Ihrer Reise unerwartet erkrankt oder hatten einen Unfall. Dies bedauern wir sehr. Um Ihnen die verauslagten Kosten erstatten zu können, bitten wir Sie um Zusendung vollständiger Informationen, die unsere Schadensachbearbeiter zur ordnungsgemäßen und zügigen Bearbeitung Ihres Vorgangs benötigen.

Bitte füllen Sie die anhängende Schadenanzeige sorgfältig aus und fügen insbesondere auch die jeweils erforderlichen Belege bei. Hierdurch werden aufwendige Rückfragen vermieden und Ihr Schaden kann schneller abschließend bearbeitet werden.

Benötigte Dokumente zur Bearbeitung	
Kopie Ihres Versicherungsscheins	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kopie der Buchungsbestätigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Abhängig vom auslösenden Versicherungsereignis einzureichen sind:	
Die Abrechnung Ihrer gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung im Original	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Originalrechnung(en) soweit diese nicht bereits an gesetzliche bzw. private Krankenversicherung abgegeben worden sind	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Eine Zahlungsbestätigung (z.B. Abrechnung Kreditkarte, Bankauszug) der Rechnung(en)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bei Krankheit: Einen medizinischen Befundbericht des ausländischen Arztes; sofern Medikamente verordnet wurden: Rezept mit Preis und Stempel der Apotheke	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Im Todesfall: Kopie der Sterbeurkunde und Nachweis der Erbenstellung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Beachten Sie bitte: Am Ende des Formulars sind zwei Unterschriften zu leisten!

Bitte die Unterlagen nicht heften oder klammern! Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Bitte senden Sie alle Unterlagen an:

TAS Touristik Assekuranz-Service GmbH
Leistungsabteilung
Lurgiallee 16
60439 Frankfurt am Main



leistungsabteilung@tas-service.de

Schadenanzeige zur Meldung eines Versicherungsfalles für die Reisekrankenversicherung

1. Allgemeine Angaben:			
Versicherungsscheinnummer (10-stellig):			
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Geschlecht:
Straße / Hausnr.:		PLZ:	Ort:
Telefonnummer:		E-Mail:	

1.1 Angaben zur Person, welche den Schadenfall ausgelöst hat			
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Geschlecht:
Straße / Hausnr.:		PLZ:	Ort:
Telefonnummer:			

2. Angaben zur Reisekranken-Versicherung	
Reiseland, in dem die Erkrankung aufgetreten ist:	Geplanter Dauer der Reise (von-bis):
Besteht im Land der Erkrankung bzw. des Unfalls ein Wohnsitz?	

2.1 Nur bei Erkrankung auszufüllen	
Krankheitsbezeichnung:	Wann trat die Krankheit ein?
Schilderung des Krankheitsverlaufs:	
Seit wann bestehen die Beschwerden?	Wann wurde diese erstmals behandelt?
Fand vor Reisebeginn wegen diesem oder einem ähnlichen Krankheitsverlauf eine ärztliche Behandlung statt?	

Wenn ja, wann? Geben Sie bitte zusätzlich Name und Adresse des behandelnden Arztes an:

2.2 Nur bei Unfall auszufüllen

Unfalltag:

Unfallort:

Unfallzeit:

Schilderung des Unfallhergangs:

Art und Umfang der Verletzungen:

Unfallverursacher (falls fremdverschuldet)

Name:

Anschrift:

Hat die Polizei den Unfall aufgenommen?

Ja

Nein

Wenn ja, geben Sie bitte das zugehörige Aktenzeichen sowie die Anschrift der Polizeidienststelle an.

Haftpflichtversicherung des Verursacher (soweit bekannt):

Versicherungsnummer des Verursachers:

2.3 Weitere Angaben

Befand sich die versicherte Person in stationärer Behandlung?

Ja (von-bis) _____ Nein

Wenn ja, geben Sie bitte den Namen und die Adresse des Krankenhauses an.

Wie hat die versicherte Person die Rückreise angetreten?

2.4 Angaben zur Krankenversicherung im Heimatland

Welche Art der Krankenversicherung besteht im Heimatland? (Privat oder Gesetzlich)

Name der Krankenversicherung:

Versicherungsnummer:

Anschrift:

Aktenzeichen sofern vorhanden:

2.5 Bestehen zusätzliche Versicherungen?

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

Bitte geben Sie jeweils den Namen der Krankenversicherung sowie die Anschrift und die Versicherungsnummer an:

3. Rechnungen

Hinweis:

Bitte reichen Sie alle Originalrechnung(en), soweit diese nicht bereits an gesetzliche bzw. private Krankenversicherung abgegeben worden sind, ein.

Rechnungsdatum	Rechnungsbetrag	Währung	Bereits bezahlt
			<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
	Summe:		

4. Bankdaten des Leistungsempfängers

Kontoinhaber:

IBAN:

Kreditinstitut und Ort:

Swift / BIC-Code bei Auslandsüberweisung:

5. Bestätigung wahrheitsgemäßer Angaben

Vorsätzlich falsche oder unwahre Angaben können den vollständigen Verlust der Versicherungsleistung, grob fahrlässig falsche oder unwahre Angaben eine – der Schwere Ihres Verschuldens entsprechende – Kürzung der Leistung zur Folge haben, es sei denn, diese Angaben werden weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich.

Ort, Datum:

Unterschrift versicherte Person bzw. gesetzlicher Vertreter:

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Touristik Assekuranz-Service GmbH (TAS) ist im Auftrag des 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 von 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 Leistungsfall es 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 TAS 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 diesem Fall involvierte Ärzte und Personenversicherer in Deutschland von der ärztlichen Schweigepflicht und erlaube ihm / ihnen, der TAS telefonische oder schriftliche Auskünfte über die Anamnese oder aktuelle Befunde zu geben.

Englische Schweigepflichtentbindung für Fälle im Ausland:

I hereby release my treating doctor on site and my family doctor from his/her medical confidentiality to inform the representative of TAS about the diagnosis or current findings.

Ich willige ein, dass die TAS – 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 die Zwecke verwendet. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die TAS an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die TAS tätigen Personen von Ihrer Schweigepflicht.

3. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
Die TAS 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 (medizinischer Rücktransport aus dem Ausland oder Verlegung vor Ort)
- Korrespondenten zur Organisation der Leistungen und Kostenübernahme vor Ort
- Reiseveranstalter

Ich willige ein, dass die TAS 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 die TAS dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der TAS 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 die TAS mit folgenden Personen über meine personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zu dem vorgenannten Versicherungsfall zu kommunizieren.

Bitte benennen Sie Mitreisende oder Angehörige. Andernfalls dürfen wir keine Auskünfte zum Versicherungsfall erteilen.
Informationsberechtigte Personen:

- | | |
|----|----|
| 1. | 2. |
| 3. | 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 mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung 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:
-------------	---------------