

Schadenanzeige zu einem Versicherungsfall in der Auslandsrankenversicherung für Au-pairs



Versicherungsnummer:
Leistungsnummer:
Name der erkrankten Person:
Geburtsdatum:

Bitte füllen Sie alle Felder vollständig und gut lesbar aus. Beachten Sie bitte, dass Sie durch falsche oder unvollständige Angaben Ihren Versicherungsschutz verlieren können (lesen Sie hierzu auch den Abschnitt V. auf Seite 3). Bitte unterschreiben und ergänzen Sie auch die Schweigepflichtentbindung auf Seite 4.

Bitte senden Sie Ihre Unterlagen an: **Care Concept AG | Postfach 33 01 51 | 53203 Bonn**

I. Allgemeines

1. Ihre Staatsangehörigkeit(en): _____
2. Datum Ihrer Einreise in die EU/ nach Deutschland (bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Bus-, Bahn-, Flugtickets oder von Ihrer Buchungsbestätigung und vom Einreisestempel in Ihrem Reisepass, sowie von Ihrem Visum bei):

3. Wann kehren Sie in Ihr Heimatland zurück (bitte Datum angeben)? _____
4. In welchem Land wurden Sie behandelt? _____
5. Was ist der Hauptgrund für Ihren Aufenthalt in Deutschland? _____
6. Haben Sie im Rahmen Ihrer Au-pair-Tätigkeit an einer Weiterbildungsmaßnahme teilgenommen? (Bitte reichen Sie uns hierzu entsprechende Nachweise ein) _____

II. Angaben zum Versicherungsfall

1. Weshalb wurden Sie ärztlich behandelt?
 Krankheit Unfall Vorsorgeuntersuchung Impfung Zahnbehandlung Behandlung Schwangerschaft
A. Bei Krankheit oder Unfall (bei einem Unfall beantworten Sie bitte die Fragen IV. auf Seite 3):
Wegen welcher Krankheit oder Unfallfolgen wurden Sie behandelt werden (Diagnose bitte mit eigenen Worten beschreiben)?

B. Bei Zahnbehandlungen:
Hatten Sie Zahnschmerzen? Ja Nein Wenn ja, wo? rechts oben rechts unten links oben links unten
C. Bei Behandlung einer Schwangerschaft:
a) Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt? _____
b) In welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt? _____
Bitte fügen Sie eine vollständige Kopie des Mutterpasses mit bei.
 Vorsorge-/ Kontrolluntersuchung Beschwerden/ vorzeitige Wehentätigkeit Frühgeburt Entbindung
2. Wann traten die ersten Beschwerden auf (Datum)? _____
3. Wann wurden Sie erstmals ärztlich behandelt (Datum)? _____
4. Nennen Sie uns bitte alle Ärzte, von denen Sie während Ihres Aufenthaltes in der EU/ in Deutschland (siehe Frage 1) behandelt wurden (Name, Adresse, Telefon- und Faxnummer, E-Mail). Sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei.

5. Wurden Sie wegen der Erkrankung (siehe Frage 1) vor Reisebeginn bereits behandelt oder handelt es sich um die Folge einer vor Reiseantritt behandelten Krankheit bzw. eines vor Reiseantritt behandelten Unfalles?
 Ja Nein Wenn ja, teilen Sie uns bitte die behandelnden Ärzte mit (Name, Anschrift und Telefonnummer).
Sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei :

Versicherungsnr.:
Leistungsnr.:

6. Wer ist bzw. war in den letzten 12 Monaten vor Reiseantritt Ihr Haus- / Zahn- / Facharzt? Bitte teilen Sie uns die Namen und Anschriften der Ärzte sowie die Behandlungszeiträume und die Diagnosen mit. Sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei.

7. Hatten Sie vor Reiseantritt Beschwerden oder Krankheiten, die nicht behandelt wurden? Wenn ja, welche?

8. Nur im Todesfall: Geben Sie bitte das Todesdatum und die Todesursache an. Fügen Sie bitte eine Kopie der Sterbeurkunde mit bei.

III. Angaben zu weiteren Versicherungen

1. Waren Sie schon einmal bei uns versichert? Wenn ja, wann und ggf. unter welcher Versicherungsnummer?

2. Bei welcher anderen Versicherung waren Sie in den letzten 5 Jahren krankenversichert (Name, Anschrift, Vertragsnummer)?

3. Sind die uns eingereichten Rechnungsunterlagen noch bei einer anderen Versicherung eingereicht worden?

Nein Ja Falls ja, fügen Sie bitte eine Kopie des Abrechnungsschreibens der anderen Versicherung bei.

4. Haben Sie in den letzten 5 Jahren bei einer anderen Versicherung in Deutschland Arztrechnungen zur Erstattung eingereicht?

Nein Ja Falls ja, geben Sie uns bitte das Jahr, das Behandlungsland, den Namen sowie die Adresse und Vertragsnummer der Versicherung an.

IV. Angaben bei einem Unfall:

1. Unfallort (Straße, Hausnummer, Ort).

Datum und Uhrzeit des Unfalls:

2. Bitte schildern Sie den Unfallhergang:

3. Wurde der Unfall durch (eine) andere Person(en) herbeigeführt? Nein Ja, durch: Name(n) und Anschrift(en)

4. a) Passierte der Unfall an Ihrem Arbeitsplatz während der Arbeitszeit, bzw. in Ihrer Schule während der Unterrichtszeit oder einer Schulveranstaltung? Nein Ja

b) Passierte der Unfall auf dem Weg zu Ihrer Arbeitsstätte/ Schule oder auf dem Weg von dort nach Hause? Nein Ja

5. Wurden die Rechnungen über die Unfallbehandlung bereits dem Unfallverursacher bzw. dessen Haftpflichtversicherung zur Erstattung vorgelegt? Nein Ja und zwar bei:

Name, Adresse, Versicherungsnummer der Haftpflichtversicherung: _____

6. Gibt es Zeugen für den Unfall (bitte nennen Sie Name und Anschrift)?

7. Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? Nennen Sie uns bitte die Anschrift der Polizeidienststelle sowie das Aktenzeichen und fügen bitte eine Kopie des Polizeiprotokolls mit bei.

Versicherungsnr.:
Leistungsnr.:

V. Hinweis über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall:

Belehrung nach § 28 Abs. 4 VVG

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Die Care Concept AG führt im Namen der HanseMerkur die Leistungsprüfung- und bearbeitung durch. Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung der Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege / Dokumente zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege / Dokumente nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können die Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen / Dokumenten bleibt der Versicherer jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen / Dokumenten arglistig, wird der Versicherer in jedem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen / Dokumenten verpflichtet.

VI. Schlusserklärungen

Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig erfolgt sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Die vorstehenden Hinweise nach § 28 Abs. 4 des Versicherungsvertragsgesetzes habe ich zur Kenntnis genommen.

Des Weiteren trete ich meine Ansprüche und Forderungen gegen einen Unfallverursacher oder Haftpflichtigen bzw. gegen meine gesetzliche Krankenkasse oder private Krankenversicherung in Höhe der von der HanseMerkur Reiseversicherung AG gezahlten Leistungen an die HanseMerkur Reiseversicherung AG ab.

Ort / Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer und versicherte Person
oder gesetzlicher Vertreter

Versicherungsnr.:
Leistungsnr.:

Zurück an:

Care Concept AG
Leistungsabteilung
Postfach 33 01 51
53203 Bonn

Fax Nr.: 0228/97735 922

Versicherungsnr.:
Versicherungsnehmer:
Behandelte Person:

VII. Schweigepflichtentbindung

Betrifft: Behandlung wegen

Mir ist bekannt, dass die Care Concept AG zur Beurteilung der Leistungspflicht Angaben über die zum Versicherungsfall führende(n) Erkrankung(en) bzw. die unfallbedingten Beeinträchtigungen einholt und ggf. Angaben überprüft, die zur Begründung eines Anspruchs gemacht werden.

Zu diesem Zweck befreie ich die unten genannten Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten sowie Krankenkassen und Krankenversicherer, von ihrer Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus.

Soweit diese unten nicht aufgeführt sind, erstreckt sich die Entbindung von der Schweigepflicht in Ihrer Reichweite auch auf alle an der Heilbehandlung beteiligten Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten sowie auch auf Krankenkassen und Krankenversicherer, die in den von mir vorgelegten Unterlagen genannt sind.

Ich autorisiere die genannten Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenanstalten und Versicherungsträger hiermit, dem Versicherer mit einer Kopie von allen medizinischen Aufzeichnungen, sowie mit allen weiteren zur Prüfung der Leistungspflicht benötigten und angeforderten Informationen/Unterlagen zu der oder den oben genannten Diagnose(n) zu versorgen.

- 1.
- 2.
- 3.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitversicherten Kinder sowie alle weiteren von mir gesetzlich vertretenen Personen ab, welche die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können. Eine Kopie dieser Ermächtigung besitzt ebenfalls Gültigkeit.

Datum, Ort

Unterschrift versicherte Person oder gesetzlicher Vertreter