

# Schadenanzeige zu einem Versicherungsfall in der Auslandsrankenversicherung Outgoing



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 4). Bitte unterschreiben und ergänzen Sie auch die Schweigepflichtentbindung auf Seite 5.

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

## I. Allgemeines

1. Ihre Staatsangehörigkeit(en): \_\_\_\_\_
2. Beginn des Auslandsaufenthaltes und geplantes Reiseende (bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Bus-, Bahn-, Flugtickets, Ihrer Buchungsbestätigung oder vom Ein-/ Ausreisestempel in Ihrem Reisepass bei):  
\_\_\_\_\_
3. In welchem Land wurden Sie behandelt? \_\_\_\_\_ Besteht für Sie in diesem Land ein weiterer Wohnsitz?  
 Ja  Nein
4. Was war der Anlass Ihrer Reise? \_\_\_\_\_  Urlaubsreise  Geschäftsreise

## II. Angaben zum Versicherungsfall

1. In welcher Währung haben Sie die Rechnung(en) bezahlt? \_\_\_\_\_
2. Welchen Erstattungsbetrag in Euro erwarten Sie? \_\_\_\_\_
3. Wie haben Sie die Rechnung(en) bezahlt? Bitte fügen Sie ab einem umgerechneten Betrag in Höhe von 500,00 EUR einen Zahlungsnachweis bei.  Barzahlung  Überweisung  Kreditkarte  sonstige Zahlung bitte angeben:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. **bei Krankheit oder Verletzung** (bei einem Unfall beantworten Sie bitte Frage IV. auf Seite 3)
  - a) Wegen welcher Krankheiten oder Unfallfolgen mussten 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
5. Wann traten die ersten Beschwerden auf (Datum)? \_\_\_\_\_
6. Wann erfolgte erstmals eine ärztliche Behandlung (Datum)? \_\_\_\_\_
7. Wurden Sie wegen dieser Krankheit 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 Behandlungszeiträume sowie die behandelnden Ärzte mit (Name, Anschrift und Telefonnummer):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. 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.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Versicherungsnr.:**  
**Leistungsnr.:**

**9.** Wurden Sie nach Ihrer Rückkehr aus dem Ausland in Deutschland weiterbehandelt?

Ja  Nein

Wenn ja, teilen Sie uns bitte die behandelnden Ärzte mit (Name, Anschrift und Telefonnummer):

---

---

---

**10.** Nur bei einem Rücktransport: Aus welchen Gründen mussten Sie zurücktransportiert werden?  
Bitte fügen Sie medizinische Berichte bei.

---

---

---

**11.** Nur bei einem Rücktransport: Haben Sie unseren Notrufservice informiert?

Ja  Nein

Wenn nein, warum nicht? Wenn ja, nennen Sie uns die Uhrzeit und den Ansprechpartner

---

---

---

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

---

---

**13.** Bei einem Unfall: Wurde der Unfall durch (eine) fremde Person(en) herbeigeführt?  Nein  Ja durch:  
Name(n) Anschrift(en)

---

---

### III. Angaben zu weiteren Versicherungen:

**1.** Besteht für Sie anderweitig Versicherungsschutz für Auslandsreisen, z. B. über eine Kreditkarte (EuroCard, VISA, Amex, Diners, Barclay-Card), über eine Mitgliedschaft (z. B. ADAC, ASB, DRK) oder eine andere Vereinigung mit Rettungsdienstleistungen?

Nein  Ja

Falls ja, nennen Sie uns bitte die Mitgliedsnummer/ Kreditkartennummer und den Namen des Kreditkarteninstitutes/ Rettungsdienstes.

---

---

---

**2.** Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung bzw. über welche anderen Verträge sind Sie noch krankenversichert (auch Zusatzversicherungen zur gesetzlichen Krankenkasse)? 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 3 Jahren bei einem anderen Versicherer Rechnungen aus dem Ausland zur Erstattung eingereicht?

Nein  Ja Falls ja, geben Sie uns bitte das Jahr, das Behandlungsland, Name, Adresse und Vertragsnummer der entsprechenden Versicherung an.

---

---

---

**Versicherungsnr.:**  
**Leistungsnr.:**

#### 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 HanseMercur 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 HanseMercur Reiseversicherung AG gezahlten Leistungen an die HanseMercur 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 HanseMerkur, vertreten durch 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**