

Schadensmeldung

zur Auslandsreise-Krankenversicherung

Hanseatic Bank GmbH & Co KG
c/o AXA Assistance Deutschland GmbH
Colonia Allee 10–20, 51067 Köln
Telefon 0221 802 471 117
Telefax 0221 802 471 773
E-Mail: hanseaticbank@axa-assistance.de

Aktenzeichen

Hanseatic Bank

AXA Assistance

Bitte beantworten Sie alle Fragen im **Teil 1 und 2** dieser Schadensanzeige. Es ist wichtig, dass die Person die im Ausland behandelt wurde (oder deren Erziehungsberechtigte/r falls unter 18 Jahren) unterschreibt, um den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden, da AXA Assistance eventuell zusätzliche Informationen vom Arzt benötigt.

Teil 1 – Persönliche Angaben – Erforderlich für alle Schadenmeldungen

Angaben zum Antragsteller

→ _____

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon tagsüber

E-Mail-Adresse

Name des Karteninhabers

Angaben für eventuelle Erstattung

Kontoinhaber

IBAN

Kreditinstitut

4152 99XX XXXX _____

Kartennummer **Bitte nur die letzten 4 Ziffern eintragen!**

Informationen zur Reise

Details

Reisebuchungsdatum

Reisebeginn

Reiseende

Reiseziel(e)

Art und Höhe der Erstattung

Versicherungsleistung in €

Beantragte Summe für Medikamente

Beantragte Summe für nicht stationäre Behandlung

Beantragte Summe für stationäre Behandlung

Beantragte Summe für Krankentransport

zu erstattender Betrag in €

Hanseatic Bank

Angaben zur Krankenkasse

Verfügen Sie über eine Krankenversicherung, gesetzlich oder privat, welche die beantragten Kosten tragen würde?

Ja Nein Falls ja, dann machen Sie bitte die **folgenden Angaben zur Ihrer Krankenversicherung:**

Name

Anschrift

Versicherungsnummer

Bitte schicken Sie uns die Unterlagen im Original, bewahren Sie jedoch Kopien auf.

Benötigte Nachweise / Unterlagen und Angaben

- a – Reisebuchungsrechnung
- b – Bezahlte Rechnungen (mit Zahlungsnachweis) und unbezahlte Rechnungen
- c – Information betreffend Erstattung oder Ablehnung durch andere Versicherer
- d – Sofern die Schadenmeldung aufgrund eines Unfalls erfolgt, benötigen wir eine vollständige Beschreibung des Unfallhergangs. Sollten Dritte an dem Vorfall beteiligt gewesen sein, benötigen wir deren persönliche Angaben (Name und Anschrift) sowie, soweit vorhanden, Angaben zu deren Versicherung.

1 – Patient

Name Beziehung zum Antragsteller

Geburtsdatum

2 – Wann traten die Beschwerden erstmals auf / wann ereignete sich der Unfall?

Datum Zeit

3 – Wo traten die Beschwerden erstmals auf / wo ereignete sich der Unfall?

Land Ort

4 – Schilderung der Beschwerden / der Verletzung

5 – Bitte machen Sie genaue Angaben bezüglich des Krankenhauses oder der Klinik in welcher der Patient behandelt wurde.

_____	_____
Name	Anwesender Arzt
_____	_____
Anschrift	Falls der Patient stationär behandelt wurde
_____	_____
	Datum und Zeit der Einweisung
_____	_____
Telefon/ Telefax	Datum und Zeit der Entlassung

6 – Wurde AXA Assistance kontaktiert? Ja Nein Falls ja,

_____	_____
Datum des ersten Anrufes	ungefähre Zeit des ersten Anrufes

7 – Behandlungskosten

Rechnungsdatum	Rechnung ausgestellt durch	Rechnungsbetrag in €	bezahlt / unbezahlt
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

8 – Der medizinische Fragebogen im Teil 2 muss vom Patienten oder dessen Erziehungsberechtigten ausgefüllt werden. Da AXA Assistance eventuell weitere Informationen benötigt, ist es wichtig, dass der Patient oder Erziehungsberechtigte die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht unterschreibt.

Ich entbinde hiermit meinen behandelnden Arzt von der Schweigepflicht gegenüber AXA Assistance Deutschland GmbH, was diesen Schadensantrag angeht.

→ _____	_____
Ort, Datum	Unterschrift

Teil 2 – Fragebogen zu Vorerkrankungen

Bitte geben Sie Name und Anschrift des Arztes an, welcher Sie oder den Patienten behandelt hat.

Name

Anschrift

Wurden Ihnen oder dem Patienten innerhalb der letzten 12 Monate vor Antritt der Reise geraten, Medikamente einzunehmen bzw. haben Sie oder der Patient in diesem Zeitraum verschriebene Medikamente eingenommen? Ja Nein Falls ja,

Namen und Dosierung des verschriebenen Medikamentes

Wurden Sie oder der Patient innerhalb der letzten 12 Monate vor Antritt der Reise stationär für diese oder andere Beschwerden / Verletzungen behandelt? Ja Nein Falls ja,

genaue Beschreibung der Behandlung

Haben Sie oder der Patient innerhalb der letzten 12 Monate vor Antritt der Reise erwartet:

A – untersucht zu werden Ja Nein

B – an einen Facharzt überwiesen zu werden Ja Nein

C – Untersuchungsergebnisse oder Behandlungen zu erhalten, welche keine Routineuntersuchung darstellen Ja Nein

Falls ja, zu A, B oder C,

ausführliche Beschreibung

- a** – Ich/wir bestätige/n, dass alle Informationen und Dokumente, die im Zusammenhang mit dieser Schadensmeldung stehen, der Wahrheit entsprechen und nach bestem Wissen und Gewissen gegeben bzw. übermittelt wurden. Ich/wir habe/n keine Informationen zurückgehalten, die für eine Beurteilung dieser Schadensmeldung relevant sein könnten. Ich bestätige ebenfalls, dass ich verstanden habe, dass weder AXA Assistance Deutschland GmbH noch der Versicherer die Verantwortung für Zahlungen trägt, die den beteiligten Personen nicht im richtigen Verhältnis zugeordnet worden sind.
- b** – Ich/wir habe/n verstanden, dass die Informationen in diesem Formular an AXA Assistance Deutschland GmbH übermittelt und von dieser im Rahmen meiner/unserer Versicherung genutzt werden. Diese Nutzung beinhaltet die Prüfung, Abwicklung und Abwendung von Betrugsversuchen und kann auch die Weitergabe von Daten an Mittelspersonen oder andere Versicherer bedeuten.
- c** – Ich/wir gebe/n AXA Assistance Deutschland GmbH mein/unser Einverständnis, ggf. Regressforderungen an meine/ unsere Krankenversicherung oder andere Versicherer zu stellen.

Ich habe die obige Erklärung gelesen und verstanden (alle Personen, die Versicherungsleistungen in Anspruch nehmen möchten, müssen unterzeichnen):

→ _____
Name

Datum

Unterschrift

Zusätzliche Informationen:

→ _____
Ort, Datum

Unterschrift