

Coverwise Reiseversicherung  
c/o AXA Assistance Deutschland GmbH  
Große Scharnstraße 36  
15230 Frankfurt (Oder)  
Tel: +49 (0) 89 380 353 30  
Fax: +49 (0) 89 500 703 96  
cc.claims@axa-assistance.de



Bitte beantworten Sie alle Fragen im **Teil 1 und 2** dieser Schadensanzeige. Es ist wichtig, dass die Person, die im Ausland behandelt wurde den Schadensantrag unterschreibt (im Fall von Personen unter 18 Jahren deren Erziehungsberechtigte), um den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden, da AXA Assistance eventuell noch zusätzliche Informationen vom Arzt benötigt (siehe Teil 3 des Formulars). Falls Sie AXA Assistance kontaktiert haben während Sie im Ausland waren, geben Sie bitte das Aktenzeichen an.

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

**Teil 1 - Persönliche Angaben - Erforderlich für alle Schadensmeldungen**

<b>Angaben des Antragstellers:</b>	<b>Für eine evtl. Erstattung benötigen wir:</b>	
Nachname:	Name der Bank:	
Vorname:	Kontonummer:	
Geburtsdatum:	Bankleitzahl:	
Straße:	Kontoinhaber:	
PLZ und Ort:	IBAN Nummer:	
Telefon tagsüber:	BIC-Code:	
Email Adresse:		
<b>Informationen zur Reise</b>	<b>Art und Höhe der Erstattung</b>	
Reisebuchungsdatum:	<b>Versicherungsleistung</b>	<b>zu erstattender Betrag</b>
Versicherung gebucht am:	Beantragte Summe für Medikamente:	
Reisebeginn:	Beantragte Summe für nicht stationäre Behandlung:	
Reiseende:	Beantragte Summe für stationäre Behandlung:	
Reiseziel(e):	Beantragte Summe für Krankentransport:	
Verfügung Sie über eine Krankenversicherung, gesetzlich oder private, welche die beantragten Kosten tragen würde? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Falls Ja, dann geben Sie bitte folgende Angaben:

**Name und Adresse der Krankenversicherung sowie die Versicherungsnummer:**

Name:

Adresse:

Versicherungsnummer:

Falls die Zahlung per Kreditkarte erfolgte, bitte die folgenden Informationen angeben:

Name der Kreditkarte:

Kreditkartennummer:

Name des Versicherten:

Adresse des Versicherten:

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

a. Reisebuchungsrechnung

b. Rechnung jeglicher Zahlung mit Zahlungsnachweis

c. Erstattung durch andere Versicherer mit Bezug auf diesen Schadensantrag.

d. Mitteilungen von anderen Versicherern oder Kreditkartenfirmen, die die Erstattung ablehnen.

e. Jegliche Unterlagen die beweisen welche Zahlung noch nicht erfolgt sind, mit Bezug auf diesen Schadensantrag.

f. 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, Abgaben zu deren Versicherung.

1. Name des Patienten:

Beziehung zum Antragsteller:

Geburtsdatum des Patienten:

2. Wann traten die Beschwerden erstmals auf und wann ereignete sich der Unfall?

Datum:

Zeit:

3. Wo traten die Beschwerden erstmals auf und wo ereignete sich der Unfall?

Land:

Ort:

4. Schilderung der Beschwerden und der Verletzung:

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

Name:

Adresse:

Tel/Fax:

Anwesender Arzt:

Falls der Patient stationär behandelt wurde:

Datum und Zeit der Einweisung \_\_\_\_\_ Datum und Zeit der Entlassung \_\_\_\_\_

6. Wurde AXA Assistance kontaktiert?  Ja  Nein

Falls Ja, Datum des ersten Anrufes: \_\_\_\_\_ , und  
Uhrzeit des ersten Anrufes \_\_\_\_\_.

#### 7. Behandlungskosten

Rechungsdatum	Rechnung ausgestellt durch	Rechnungsbetrag	bezahlt/unbezahlt

Der medizinische Fragebogen im Teil 2 muss vom Patienten ausgefüllt und unterschrieben werden, (im Fall von Personen unter 18 Jahren deren Erziehungsberechtigte), um den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden, da AXA Assistance eventuell noch zusätzliche Informationen vom Arzt benötigt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten  
bzw. des Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Datum

## Teil 2 - Fragebogen zu Vorerkrankungen (Nicht erforderlich im Premium-Tarif)

Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift des Arztes, der Sie oder den Patienten behandelt hat:

Name:

Anschrift:

Wurden Ihnen oder dem Patienten innerhalb der letzten 12 Monate vor Erhalt der Versicherung geraten Medikamente einzunehmen, bzw. haben Sie oder der Patient in diesem Zeitraum verschriebene Medikamente eingenommen? (tick box Ja/Nein)

Falls Ja, bitte Namen und Dosierung des verschriebenen Medikamentes angeben.

Haben Sie oder der Patient innerhalb der letzten 12 Monate vor Erhalt der Versicherung erwartet:

- A. untersucht zu werden  Ja  Nein
- B. an einen Facharzt überwiesen zu werden  Ja  Nein
- C. Untersuchungsergebnisse /Behandlungen die keine Routineuntersuchungen darstellen?  Ja  Nein

Falls Ja, zu A, B oder C, bitte eine ausführliche Beschreibung angeben:

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 Schadenmeldung 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/unsere 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/unsere Einverständnis, ggf. Regressforderungen an meine/unsere Hausratversicherung, 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 \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

**Teil 3 - Die ärztliche Bescheinigung muss nur vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden  
falls AXA Assistance dies beantragt.**

Bitte prüfen Sie die obigen Angaben des Patienten/des Erziehungsberechtigten.

Bitte überprüfen Sie, dass die Angaben mit Ihren Patientenakten übereinstimmen und korrekt sind.

Wenn Sie mit den Angaben zufrieden sind, dann unterschreiben Sie bitte dieses Formular. Falls Sie Änderungen vornehmen möchten oder zusätzliche Angaben machen möchten, können Sie dies unter „Zusätzliche Informationen“ tun.

**Zusätzliche Informationen:**

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes