

AGA International S.A.
 Niederlassung für Deutschland
 Schadenabteilung mawista Student
 Ludmillastr. 26
 81543 München

WICHTIGER HINWEIS:

- Der Versicherer Allianz Global Assistance - AGA International S.A. kann Ihre Rechnungen schneller bearbeiten, wenn Sie
- künftig immer diesen Vordruck verwenden
 - grundsätzlich die Originalbelege schicken
 - darauf achten, dass auf jeder Rechnung die Diagnose vermerkt ist
 - Medikamentenbelege sowie Heil- / Hilfsverordnungen zusammen mit der ärztlichen Verordnung und der Arztrechnung einreichen

Antrag auf Kostenerstattung

Versicherungsschein-Nr.

▶ Bitte unbedingt angeben!

1. Angaben zu Ihrer Person:

Herr Frau Vorname(n)

Straße

PLZ / Ort

Telefon tagsüber

▶ **Bitte geben Sie bei Doppelnamen oder mehreren Familiennamen alle Namen an!**

Name(n)

Nummer / Adresszusatz

Land

E-Mail

2. Angaben zu den entstandenen Kosten:

Ich reiche Belege ein für Ambulante Behandlung Stationäre Behandlung Zahnärztliche Behandlung

In welcher Währung wurden die Rechnungen bezahlt? Euro andere Währung

▶ **Bitte reichen Sie Rechnungen, Quittungen und ärztliche Verordnungen im Original ein!**

Bitte geben Sie hier alle Rechnungen an:

Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller

Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller

Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller

Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller

Währungsbezeichnung

Rechnungsbetrag

Rechnungsbetrag

Rechnungsbetrag

Rechnungsbetrag

Gesamtbetrag

3. Angaben zum Krankheitsverlauf oder Unfallgeschehen:

Bitte reichen Sie bei Krankheit den Arzt- bzw. Befundbericht, bei einem Unfall zusätzlich den Unfallbericht (sofern vorhanden) in Kopie ein.

Schildern Sie bitte mit eigenen Worten den Beginn der Beschwerden und den weiteren Verlauf, bei Unfall den Unfallhergang:

Bitte verwenden Sie ggf. ein Zusatzblatt.

Wann trat die Erkrankung erstmalig auf?

am um : Uhr

Wie lautete die vom Arzt gestellte Diagnose?

Wurden Sie stationär behandelt?

Nein

Ja

vom bis

Krankenhaus / Klinik (Name / Anschrift)

Einweisender Arzt (Vorname / Name)

Bitte legen Sie den Entlassungsbericht des Krankenhauses bei!

Ging der stationären Behandlung eine ambulante Behandlung voraus?

Nein

Ja

Wurden Sie aufgrund dieser Erkrankung schon einmal vor Ihrem Aufenthalt behandelt?

Nein

Ja

Falls Ja, Name und Anschrift des behandelnden Arztes

4. Angaben zu weiteren Versicherungsverträgen:

Besteht eine weitere Krankenversicherung für das Aufenthaltsland?

Nein

Ja

Falls Ja, Name der Versicherung

Anschrift der Versicherung

Versicherungsschein-Nr.

5. Bankverbindung:

Die Erstattung bitte ich zu zahlen an:

Name des Kontoinhabers:

Anderer wie 1. Empfänger: Vorname Name

Kontonummer

Bankleitzahl

Kreditinstitut

Bei Auslandsüberweisungen bitte zusätzlich angeben:

IBAN

Swift- / BIC-Code

Ich versichere, dass vorstehende Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Ich habe davon Kenntnis, dass arglistig getätigte unwahre und unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsanspruchs führen, auch wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht. Meine Forderungen aus diesem Schaden gegen die gesetzliche oder private Krankenversicherung trete ich bis zur Höhe des gezahlten Betrages an den Versicherer Allianz Global Assistance ab.

Schweigepflichtentbindung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht Angaben überprüft, die ich zur Begründung meines Anspruchs mache. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit – für die Zukunft jederzeit widerrufbar – die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht gegenüber der AGA International S.A., insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Erklärung gilt zur Prüfung von Leistungsansprüchen über meinen Tod hinaus. Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden, ferner für die Angehörigen von anderen Unfall-, Kranken- und Reiserücktritt-Versicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen, einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten, befragt werden dürfen.

Ort / Datum

Unterschrift (Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich!)