

SCHADENANZEIGE HEILKOSTEN



AWP P&C S.A., Niederlassung für Österreich
Pottendorfer Straße 23 – 25, A- 1120 Wien
Telefon: +43 1 525 03 6822; Fax: +43 1 525 03 890
E-Mail: claims.at@allianz.com; www.allianz-travel.at

ALLGEMEINES

Polizzenummer

Schadennummer

1. ANGABEN ZUR BETROFFENEN PERSON (BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!)

Name und Vorname

Straße

Postleitzahl

Ort

Besitzen Sie eine Kreditkarte mit inkludierter Reiseversicherung?

Kreditkartennummer (die ersten 12 Ziffern)

Mastercard Visa Andere

Sind Sie Inhaber einer weiteren Reiseversicherung?

Wenn ja, welcher Versicherung?

Ja Nein

2. ANGABEN ZUR ERKRANKUNG/UNFALL (BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!)

Reisedatum

Aufenthaltsland zur Zeit der Erkrankung/Unfall

Welche Diagnose wurde gestellt?

Bestanden bei Reiseantritt Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Wann bemerkten Sie erstmals Anzeichen der Krankheit, zu welcher Kosten geltend gemacht werden?

Höhe der entstandenen Kosten?

In welcher Währung wurde bezahlt?

Zahlungsart

Bar Kreditkarte

3. ABTRETUNGSERKLÄRUNG (BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!) DIESER BELEG DIEN ZUR EINREICHUNG BEI DER GESETZLICHEN SOZIALVERSICHERUNG

Ich bin sozialversichert bei (Name der Sozialversicherung) _____

Adresse _____ mit der

Sozialversicherungsnummer _____ und trete sämtliche Forderungen gegenüber meiner Sozialversicherung für den oben genannten Vorfall an AWP P&C S.A., Pottendorfer Straße 23-25, 1120 Wien, ab. Außerdem bevollmächtige ich hiermit die Sozialversicherung, diverse Auskünfte an die AWP P&C S.A.. weiterzugeben, welche die Leistungsauszahlung in diesem Fall betreffen.

Ort, Datum und Unterschrift der/des Versicherten

4. DER AUSZAHLUNGSBETRAG SOLL ANGEWIESEN WERDEN AN

IBAN	BIC
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontoinhaber	Adresse des Kontoinhabers
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>

FÜR EINE VOLLSTÄNDIGE SCHADENBEARBEITUNG FÜGEN SIE BITTE FOLGENDE DOKUMENTE HINZU

- Versicherungsnachweis
- Buchungsbestätigung
- Arzt-/Krankenhaus-/Medikamentenrechnungen in Kopie, inklusive Auszahlungsnachweis der Krankenkasse oder
- Arzt-/Krankenhaus-/Medikamentenrechnungen im Original (Kostenersatz abzüglich 20% Selbstbehalt - bei Einreichung ohne Abrechnung der Sozialversicherung)

Datenschutzhinweis:

Gesundheitsdaten gehören einer besonderen Kategorie personenbezogener Daten an. Indem Sie uns anlässlich eines konkreten Versicherungsfalls solche Daten verbunden mit der Bitte um Prüfung und Schadenbearbeitung mitteilen, willigen Sie ausdrücklich ein, dass wir Ihre für die Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Gesundheitsdaten verarbeiten.

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Wir weisen jedoch ausdrücklich darauf hin, dass dann die Leistungspflicht aus dem Versicherungsfall evtl. nicht geprüft werden kann. Ist die Prüfung des Schadenfalls bereits abgeschlossen, können z.B. gesetzliche Aufbewahrungspflichten dazu führen, dass die Daten nicht gelöscht werden.