

## Schadenformular

<b>Ihre persönlichen Daten:</b>	
Familienname	Vorname
Geburtstag (TT/MM/JJ)	
<b>Adresse im Heimatland:</b>	<b>Adresse im Zielland:</b>
Rückkehr ins Heimatland am (TT/MM/JJ):	c/o
Straße	Straße
PLZ, Stadt	PLZ, Stadt
Bundesstaat/Provinz	Bundesstaat/Provinz
Land	Land
Telefonnummer	Telefonnummer
E-Mail Adresse	E-Mail Adresse
<b>Ihre medizinische Behandlung:</b>	
Art der Krankheit oder des Unfalls	
Im Falle einer Krankheit, ist diese zuvor bereits einmal aufgetreten? Wenn ja, wann?	
Im Falle eines Unfalls                      eigenes Verschulden <input type="checkbox"/> Verschulden einer anderen Partei <input type="checkbox"/>	
<b>Kostenerstattung (Bankgebühren gehen zu Lasten des Versicherten)</b>	
<b>Haben Sie die Arztrechnung bereits bezahlt?</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
<b>Wenn nicht</b> , wird die Rechnung direkt an den Leistungserbringer erstattet	
Name des behandelnden Arztes/Krankenhauses	
Anschrift des behandelnden Arztes/Krankenhauses	
<b>Wenn ja</b> , erfolgt eine Erstattung per Überweisung auf Ihr Konto	
Name der Bank	
Adresse & Land der Bank	
Name des Kontoinhabers	Kontonummer                      BLZ
SWIFT/BIC und IBAN (bitte unbedingt angeben)	
<b>Unterlagen zum Schadenfall</b>	
<p><b>Senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular, sowie alle Originalrechnungen und -belege zu diesem Schadenfall an den Versicherer.</b></p> <p><b>UNVOLLSTÄNDIGE ODER FALSCH INFORMATIONEN FÜHREN ZU VERZÖGERUNGEN BEI DER SCHADENBEARBEITUNG.</b></p> <p>Schicken Sie alle Unterlagen – je nach Aufenthaltsland an</p> <p><b>Nord- und Süd-Amerika</b> CareMed Claims CISI Claims Department River Plaza, 9 West Broad Street Stamford, CT 06902-3788 USA</p> <p><b>Alle anderen Länder außer Nord und Süd- Amerika</b> CareMed Claims ACE European Group Limited Direktion für Deutschland Lurgiallee 10 60439 Frankfurt, Deutschland</p>	<p>Hiermit bevollmächtige ich jedes Krankenhaus, jeden Arzt oder jede andere Person, die mich untersucht hat, inklusive derer in meinem Heimatland, die Assistance Zentrale oder ihre Stellvertreter mit jeder Information bezüglich Krankheiten oder Verletzungen, Krankengeschichte, Beratungen, Verschreibungen oder Behandlungen und Kopien jedes Krankenhaus- oder medizinischen Berichts zu versorgen. Eine Kopie dieser Vollmacht ist ebenfalls gültig.</p> <p>Datum</p> <p>Unterschrift des Versicherten</p>