

# Anspruchsanmeldung



Referenz der Anspruchsanmeldung:

\_\_\_\_\_  
(Nur das Büro)

Persönliche Details:

Name:

Art des Anspruches:

Datum:

Adresse:

Telefon:

Email:

## Wichtige Information

1. Bitte füllen Sie die beigefügten Antragsformulare aus
2. Bitte benutzen Sie die Rückseite oder eine andere Seite, falls Sie mehr Platz für Informationen brauchen
3. Bitte listen Sie die Unterlagen auf, die diesem Antragsformular beigefügt sind:

a)

b)

c)

d)

e)

# Anspruchsanmeldung



f)

4. Bitte schicken Sie die ausgefüllte Anspruchsanmeldung und beigefügte Information an:

OSG  
Merrion Hall  
Strand Road  
Sandymount  
Dublin 4  
Ireland

## Versicherung Information

Versicherung  
Nummer:

Erworben am:

Art der Versicherung:

Versicherungsdatum  
von - bis

Weitere Deckung:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Anspruchsanmeldung



## Details der Antragssteller:

Vollständige Namen:	Geburtsdatum:	Beruf:	Nationalität:	Geburtsort:

## Reise Details:

Buchungsdatum:

\_\_\_\_\_

Hinreisedatum:

\_\_\_\_\_

Rückreisedatum:

\_\_\_\_\_

Land:

\_\_\_\_\_

Grund der Reise:

\_\_\_\_\_

## Anspruch für:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Betrag:

€

\_\_\_\_\_

# Medizinische Kosten und Antragsformular auf die Kürzung



Bitte Haken setzen



Krankheit



Verletzung



1. Datum und Zeit an dem die Krankheit/ Verletzung auftrat:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_:\_\_\_

2. Land in welchem Krankheit oder Verletzung auftrat:

\_\_\_\_\_

3. Vollständige Beschreibung/Diagnose der Krankheit oder Verletzung:

---

---

---

---

4. Medizinische Vorgeschichte

Haben Sie unter dieser oder einer ähnlichen Krankheit Krankheit gelitten, bevor die Versicherungspolice erworben wurde\_

Bitte lassen Sie das medizinische Zertifikat von Ihrem Hausarzt ausfüllen

Ja  Nein

5. Krankenhaus/Klinik zur Zeit der

Behandlung: Name:

\_\_\_\_\_

Anschrift:

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: (wenn bekannt)

\_\_\_\_\_

Name des behandelnden Arztes: (wenn bekannt)

\_\_\_\_\_

6. Wenn Sie stationär behandelt waren, bitte füllen Sie Folgendes aus:

# Medizinische Kosten und Antragsformular auf die Kürzung



Datum der Einweisung:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Datum der Entlassung:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Haben Sie den medizinischen Notfalldienst benachrichtigt?

Ja  Nein

Wenn Sie mit Nein antworten, liefern Sie bitte eine schriftliche Erklärung, warum der medizinische Notfalldienst nicht benachrichtigt wurde:

---

---

Wenn **JA**, bestätigen Sie bitte das Datum Ihres ersten Anrufs:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ansprechperson und Referenznummer:

---

Haben Sie Ihre Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK) mitgenommen?

Ja  Nein

Wurde diese dem Arzt/Krankenhaus vorgelegt?

Ja  Nein

Verfügen Sie über eine private medizinische Versicherung?

Ja  Nein

Wenn **JA**, bestätigen Sie bitte die Versicherungsnummer und Anschrift des Versicherers:

---

---

# Medizinische Kosten und Antragsformular auf die Kürzung



Bitte listen Sie die geforderten medizinischen Kosten auf:

Bitte geforderte Kosten und erhaltene Behandlung auflisten	Währung, in der gezahlt wurde, und bezahlter Betrag	Beleg beigelegt	Angaben, an wen die Zahlung gemacht werden soll
		Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	

Kürzung – Bitte füllen Sie diesen Abschnitt aus, NUR wenn Sie an Ihre Wohnadresse früher als geplant zurückgekehrt sind:

Grund für die Kürzung:

Krankheit  Verletzung  Krankheit/ / Verletzung oder Tod einer Verwandten  Anderes

Grund für die Kürzung:

---



---

Wenn die Kürzung durch Krankheit-/Verletzungsbedingt oder Todes einer Person, die nicht in Ihre Police eingeschlossen ist notwendig war, bestätigen Sie uns bitte Ihre Beziehung zu dieser Person:

Datum Ihrer Rückkehr:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

# Medizinische Kosten und Antragsformular auf die Kürzung



Zahl der unbenutzten vollen Tage:

---

Wurden Sie begleitet?

Ja  Nein

Wenn JA, bei wem?

---

Haben Sie sich an den Notfalldienst gewendet, wie es in Ihrer Police vermerkt ist:

Ja  Nein

Füllen Sie bitte die nachstehende Tabelle aus und listen Sie alle zusätzlichen Kosten auf, die bei der Rückkehr nach Hause angefallen sind:

Bitte geforderte Kosten und erhaltene Behandlung auflisten	Währung, in der gezahlt wurde, und bezahlter Betrag	Beleg beigelegt	Angaben, an wen die Zahlung gemacht werden soll
		Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	

Verfügen Sie über irgendeine Form von Bankkonto/Kreditkarte, welche Ihnen kostenlose Reiseversicherung anbietet, die die Umstände Ihres Anspruchs abdecken könnte?

Ja  Nein

# Medizinische Kosten und Antragsformular auf die Kürzung



Wenn **JA**, bestätigen Sie bitte Folgendes:

Kartenummer:

---

Herausgeber Bank:

---

Kartentyp (Gold, Platinum, Standard):

---

Ist der Anspruch gegen eine Drittperson erhoben worden?

Ja  Nein

Wenn JA, bitte Einzelheiten angeben:

---

Gibt es eine andere entsprechende Versicherung, die die Umstände Ihres Anspruchs

decken könnte? Andere Versicherungen, Kreditkarte, Amex

Ja  Nein

Wenn **JA**, bitte Einzelheiten angeben:

---

Wenn sich der Anspruch auf eine Verletzung bezieht, bestätigen Sie bitte Folgendes:

1. Eine Übersicht über die Umstände, die zu dem Unfall geführt hat

---

---

2. Wenn eine Drittperson beteiligt war, Name und Anschrift der Drittperson und Ihre Versicherungsangaben, falls bekannt

---

---

3. Falls Sie einen Schadenersatzanspruch gegen eine Drittperson erheben, geben Sie bitte den Namen und die Anschrift des Rechtsanwalts bekannt, der beigezogen werden könnte, und seine Referenznummer

---



# Medizinische Kosten und Antragsformular auf die Kürzung



---

---

---

4. Wenn keine Drittperson beteiligt war, erklären Sie bitte, wer oder was schuld war und warum

---

---

---

Bitte geben Sie Ihre Bankverbindung für die Zahlung an:

Bestätigen Sie den Zahlungsempfänger :

---

Name der Bank:

---

Bank Anschrift:

---

Bank SWIFT (BIC) Code:

---

Bank IBAN:

---

Kontonummer:

---

Bankleitzahl:

---

Kontoinhaber:

---

Kartentyp (Giro, Gold, Platinum usw.):

---

---

# Medizinische Kosten und Antragsformular auf die Kürzung



## ERKLÄRUNG

WICHTIG-Fehlende Unterschrift wird dazu führen, dass Ihr Antrag zurückgewiesen wird.

Ich / wir erklären, dass die obigen Aussagen gewissenhaft und der Wahrheit entsprechend beantwortet wurden. Ich / wir haben keine Informationen innerhalb meines / unseres Wissens hinsichtlich dieser Forderung vorenthalten. Ich / wir sind damit einverstanden, dem Versicherer mit weiteren Informationen, die vernünftigerweise verlangt werden, behilflich zu sein. Ich / wir verstehen, dass der Versicherer keine Haftung durch Ausgabe von diesen Informationen übernimmt. **ACHTUNG - die Ausstellung eines betrügerische oder wissentliche übertrieben Anspruchs ist eine Straftat. Wir beurteilen alle Aussagen und werden jede Person, die des Betrugs verdächtig ist, an die Polizei weitermelden.**

## DATENSCHUTZGESETZ

Die Versicherungswirtschaft nimmt an einer Reihe der Initiativen zur Betrugsbekämpfung teil. Die Angaben, die in diesem Formular mitgeteilt sind, können elektronisch gespeichert und den andere Organisationen zu diesem Zweck zugänglich gemacht werden. Ich verstehe/ wir verstehen, dass Sie andere Angaben von anderen Organisationen verlangen können, um die Antworten zu überprüfen, die ich gegeben habe/ wir gegeben haben.

## WICHTIG

Im Falle der Haftung einer Drittperson erfolgt ein Übergang von allen Rechten in dieser Angelegenheit an die Reiseversicherungsträger oder ihre Agenten bei allen Schadensvereinbarungen dieses Anspruchs.

Unterschrift:

---

Datum:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

# Medizinisches Zertifikat



Vom Arzt auszufüllen

Bitte in Druckbuchstaben

Um auf Ihre Gebühren von den Patienten des Allgemeinarztes in alle Fällen der Kürzung oder Stornierung Kosten als Folge von Verletzungen, Krankheiten oder Tod erhalten werden.

**Wichtig:** Der Arzt ist Respektvoll gebeten, so viele Details wie möglich zu geben, um unsere Kunden zu unterstützen und um die Notwendigkeit weitere Anfragen zu vermeiden.

1. Name des Patienten:

---

Geburtsdatum:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

2. Sind Sie, der Allgemeinarzt des Patienten?

Ja  Nein

Wenn **JA**, wie lange?

---

Wenn **NEIN**, Bitte geben Sie alle Einzelheiten der Allgemeinarzt des Patienten an:

---

---

3a. Bitte geben Sie eine genaue Diagnose der Krankheit oder Verletzung oder Todesursache an:

---

---

b. An welchem Datum hat den Patienten Ihnen mit den Symptomen dieser Krankheit konsultiert?

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

4. Datum des Beginns der Krankheit oder Verletzung:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

5. Datum vorgeschriebenen Prüfungen:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

6. Datum durchgeführten Tests:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

7. Datum Zustand diagnostiziert:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

8. Datum hingewiesen zum Spezialist:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

9. Name und Anschrift der Spezialist/ Chirurg :

---

# Medizinisches Zertifikat



---

PLZ:

---

10. Hat den Patienten eine Terminale Prognose erhalten?

Ja  Nein

Wenn **JA**, bitten geben Sie Datum und Prognose:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

---

11. Haben Sie bereits, diese Patienten in Bezug auf die gleiche/ ähnliche/ Erkrankung oder Verletzung behandelt oder beraten als in Frage 3a beschrieben?

Ja  Nein

Wenn **JA**

a. Geben Sie die Diagnose der früheren Erkrankung/ Verletzung

---

b. Geben Sie die Zeitpunkt des Auftretens der durchlässigen Krankheit/ Verletzung an und welche Behandlung/ Medikamente verschrieben wurde.

---

c. Bekommen der Patienten medizinische Beratung, Behandlung oder Medikamente für diesen Zustand oder einem ähnlichen/ verwandten Bedingung?

Ja  Nein

Wenn **JA**, geben Sie bitter Einzelheiten:

---

---

d. Bitte listen Sie alle aktiven medizinischen Bedingungen, Datum der Diagnose und Angaben zu Medikamenten, falls vorhanden.

---

# Medizinisches Zertifikat



---

12. Hat irgendeine andere Heilpraktiker diese Patienten für die gleiche/ ähnliche/ verwandten Krankheiten oder Verletzungen behandelt als, in Frage 3a beschrieben?

Ja  Nein

Wenn **JA**, geben Sie bitte Name und Anschrift des Arztes:

---

PLZ

13. Hat der Patient in den letzten 24 Monaten für alle Bedingungen stationäre Behandlungen erhalten?

Ja  Nein

Wenn **JA**, geben Sie bitte Einzelheiten der Behandlung und Zeitpunkt/wann an:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

14. Schwangerschaft nur

a. Datum der LMP:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

b. Datum der Bestätigung der Schwangerschaft:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

c. Schätzungstag der Niederkunft:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

d. Exakt Erkrankung innerhalb der Schwangerschaft:

15. War der Antragsteller verpflichtet, die Reisevorbereitungen allein aufgrund der Bedingungen in Frage 3a beschrieben zu kündigen?

Ja  Nein

16. An welchem Datum wurde empfohlen, dass der Patient ihre Reisearrangements zu stornieren?

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

# Medizinisches Zertifikat



17. Wenn die Datum in der Antwort 7 und 16 abweichen, geben Sie bitte Erklärung:

---

---

---

18. Hat sich der Patient gegen Ihre vorherige Beratung entschieden zu reisen?

Ja  Nein

Wenn **JA**, geben Sie bitte Einzelheiten:

---

---

---

# Medizinisches Zertifikat



Ich bestätige, dass die Aussagen, die dieser Ärztliche Bescheinigung  
enthielt War und richtig sind.

Arzt Unterschrift:

Datum \_\_ / \_\_ / \_\_

Arzt Name:

Qualifizierung:

Anschrift:

Postleitzahl:

Büro Telefonnummer:

Fax-Nummer:

Handynummer:

E-Mail Adresse:

Büro Stempel: