



Offen für alle

Bayerische Beamten Versicherungen

TravelProtect GmbH  
Schadenservice  
Alfred Nobel Str. 20

97080 Würzburg

## Meldung / Versicherungsfall

Auslandsreisekrankenversicherung

Bitte senden Sie dieses Formular innerhalb von 2 Wochen vollständig ausgefüllt und unterzeichnet zurück.

Versicherungs Nr.: \_\_\_\_\_

Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

Wird vom Versicherer ausgefüllt

### Versicherungsnehmer

### Versicherte Person

1) Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Versichert seit: \_\_\_\_\_

2) Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Versichert seit: \_\_\_\_\_

### A Angaben zur versicherten Reise

01 Allgemeine Angaben

Reiseland

Ihre Adresse im Reiseland

geplante Dauer

tatsächliche Dauer

Besteht im Land der Erkrankung / des Unfalls ein Zweitwohnsitz  Nein  Ja

### B Nur auszufüllen bei einer Erkrankung

02 Tag des Krankheitsbeginns

Datum

03 Um welche Krankheit handelt es sich? (Bitte genaue Diagnose bzw. Todesursache)



Offen für alle

Bayerische Beamten Versicherungen

04 Seit wann bestehen die Beschwerden und wann wurden diese erstmals behandelt?

05 Waren Sie bereits früher wegen diesem oder einem ähnlichen Zustand in ärztlicher Behandlung? [ ] Nein [ ] Ja (bitte Datum, Name u. Adresse des Arztes bzw. Krankenhauses)

C Nur Ausfüllen bei einem Unfall

06 Schilderung des Unfalls (genaue Beschreibung der Örtlichkeit, des Hergangs, der Ursache)

07 weitere Angaben
Unfallort
Unfalldatum Uhrzeit

08 Gibt es Zeugen? [ ] Nein [ ] Ja (bitte Name, Anschrift)

09 Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? [ ] Nein [ ] Ja - von der Polizeidienststelle
Tgb. Nr.:

10 Welche Folgen hat der Unfall gehabt? (Art und Umfang der Verletzung)

D Bei Unfall und Krankheit ausfüllen

11 Unfall und Krankheit
Beginn der ärztlichen Behandlung voraussichtliches Enddatum der Heilbehandlung
Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes
Name und Anschrift des weiterbehandelnden Arztes nach der Rückkehr

12 Bestehen für die versicherte Person weitere Krankenhaus- / Tagegeld- / Auslandsreise- kranken- und / oder Unfallversicherungen? [ ] Nein [ ] Ja - bei welcher Gesellschaft
Vertragsnummer

13 Welcher Krankenversicherung gehört die versicherte Person an?
Name, Anschrift, Versicherungsnummer

14 Befand sich die versicherte Person in voll stationärer Behandlung? [ ] Nein [ ] Ja - von bis
Anschrift Krankenhaus (bitte Befundbericht beifügen)



Offen für alle

Bayerische Beamten Versicherungen

15 Wie hat die versicherte Person die Rückreise angetreten?
 Krankenwagen  Flugzeug  Ambulanzflug
 Stretcher  wie zu Beginn der Reise geplant
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

16 Wurde ein Assisteur eingeschaltet?
 Ja
 Nein

Table with 6 columns: Rechnungsart, Rg. Datum, Betrag, Betrag in €, bereits bezahlt. Includes checkboxes for Ja/Nein.

18 Wurde von anderer Seite bereits eine Entschädigung geleistet?
 Nein  Ja – von wem? \_\_\_\_\_
In welcher Höhe? \_\_\_\_\_

19 Wenn noch nicht geleistet wurde, ist eine Entschädigung beantragt?
 Nein  Ja – bei wem? \_\_\_\_\_

20 Die Leistungen der Bayerische Beamten Versicherung AG sollen überwiesen werden an:
Kontonummer: \_\_\_\_\_
Bankleitzahl: \_\_\_\_\_
Bankinstitut: \_\_\_\_\_
Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Schweigepflicht -Entbindungserklärung

Mir ist bekannt, dass die Bayerische Beamten Versicherung AG zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen der Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht.

Wichtiger Hinweis

Vorsätzlich oder grob fahrlässige unwahre bzw. lückenhafte Angaben können nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes auch dann zum Verlust des Versicherungsanspruchs führen, wenn dem Versicherer durch sie kein Nachteil entsteht. Durch meine Unterschrift bestätige ich ausdrücklich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich für den Inhalt dieser Anzeige auch dann verantwortlich bin, wenn ich sie nicht selbst ausgefüllt habe.

Ort, Datum X Unterschrift versicherte Person (oder Angehöriger) X Unterschrift Versicherungsnehmer