



Offen für alle

Bayerische Beamten Versicherung

Travel Protect GmbH  
Schadenservice  
Alfred-Nobel-Straße 20  
97080 Würzburg

### Meldung / Versicherungsfall Auslandsreisekrankenversicherung

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

Versicherungsnummer:

Schaden-Nummer.:   
wird vom Versicherer ausgefüllt

#### Versicherungsnehmer

#### Versicherte Person

1) Name:   
Vorname:   
Geburtsdatum:  .  .   
Straße:   
PLZ / Ort:   
Beruf:   
Telefon:   
Versichert seit:   
E-Mail:

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

#### A) Angaben zur versicherten Reise

01 Allgemeine Angaben:    
Reiseland Ihre Adresse im Reiseland

Angaben zur Reise:     
Buchung am geplante Reisedauer tatsächliche Reisedauer

#### B) Nur auszufüllen bei einer Erkrankung

02 Tag des Krankheitsbeginns  .  .   
Um welche Krankheit handelt es sich (genaue Diagnose bzw. Todesursache)?

**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?

- Ja  
 Nein

**Wenn 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 und Uhrzeit

**08** Gibt es Zeugen?

- Ja  
 Nein

**Wenn ja, dann bitte Name und Anschrift des / der Zeugen:**

**09** Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?

- Ja  
 Nein

**Wenn ja, dann Adresse der Polizeidienststelle:**

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

### D) Bei Unfall und Krankheit ausfüllen

**11** Unfall und Krankheit

Beginn und 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?

- Ja  
 Nein

**Wenn ja, bei welcher Gesellschaft (Vertragsnummer):**

**13** Welcher Krankenversicherung gehört die versicherte Person an?

Name, Anschrift und Versicherungsnummer

**14** Befand sich die versicherte Person in voll stationärer Behandlung?

- Ja  
 Nein

**Wenn ja, von ... bis und Anschrift des Krankenhauses:**

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

16 Wurde ein Assistent eingeschaltet?  
 Ja  
 Nein

17 Bitte führen Sie detailliert die entstandenen Kosten auf. Hierzu sind alle Rechnungen im Original beizufügen:

Rechnungsart	Rg. Datum	Betrag	Betrag in €	bereits gezahlt	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> nein

18 Wurde von anderer Seite bereits eine Entschädigung geleistet?  
 Ja **Wenn ja, von wem und in welcher Höhe:**  
 nein

19 Wenn noch nicht geleistet wurde, ist eine Entschädigung beantragt?  
 Ja **Wenn ja, von wem:**  
 nein

20 Die Leistungen der Bayerische Beamten Versicherung AG sollen überwiesen werden am:

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 sie 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 Versicherungsanspruches führen, wenn dem Versicherer durch sie kein Nachteil entsteht. Durch meine Unterschrift bestätige ich ausdrücklich die Richtigkeit und die 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.

x x

---

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