

Erkrankte Person Frau Herr

Name (falls abweichend vom Karteninhaber)

Vorname

Geb.-Tag Monat Jahr

Verhältnis zum Karteninhaber

-
- Ehegatte/Ehegattin oder Eingetragener Lebenspartner/-in
-
-
- Kind oder Adoptivkind
-
- Lebensgefährte

Tag Monat Jahr

Ausreise aus Deutschland am:

Bitte fügen Sie einen Reisenachweis (z.B. Flugticket etc.) bei.

Reisegrund:

-
- Urlaubsreise
-
- Dienstreise

Reiseland:

Zahlungsweise:

Bitte teilen Sie uns mit, wie die Rechnungen bezahlt wurden (bar, Kreditkarte, etc.).

Bitte fügen Sie ggf. eine Kopie der Kreditkartenabrechnung bei.

In welcher Währung wurden die Rechnungen beglichen?

Handelt es sich bei der Erkrankung bzw. Verletzung um die Folgen eines Unfalls?
Falls ja, liegt ein Fremdverschulden vor?

-
- nein
-
- ja
-
-
- nein
-
- ja

Bestand die im Ausland behandelte Erkrankung bereits vor Reiseantritt?

Falls ja, fügen Sie bitte entsprechende ärztliche Atteste über die Behandlungen (inklusive der Befunde) der letzten sechs Monate vor Reiseantritt bei.

-
- nein
-
- ja

Ist die erkrankte Person Mitglied in einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung?

Falls ja, Name, Anschrift der Versicherung, Versicherungsnummer angeben.

-
- nein
-
- ja

Besteht für die erkrankte Person eine weitere Krankenversicherung mit Auslandsreiseschutz?

Falls ja, Name, Anschrift der Versicherung, Versicherungsnummer angeben.

-
- nein
-
- ja

Hinweis: Wenn noch weitere erkrankte Personen vorhanden, bitte Folgeseite „Weitere erkrankte Personen“ verwenden.**Vorstehende Angaben sind wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen erfolgt. Mir ist bekannt, dass unwahre Angaben zum Verlust des Versicherungsanspruchs führen können.****Zudem willige ich ein, dass die Union Krankenversicherung AG, 66099 Saarbrücken, die von mir zu oben genannten Behandlungen eingereichten Rechnungen und medizinischen Unterlagen, auch soweit diese besonders geschützte personenbezogene Gesundheitsdaten enthalten, an die zuvor genannten Versicherer übermittelt. Die Versicherer dürfen diese Daten speichern und nutzen, soweit dies zur Vertragsabwicklung, insbesondere zur Leistungsbearbeitung erforderlich ist.**

Ort und Datum

Unterschrift des Karteninhabers

Hinweise:

Damit eine schnelle und reibungslose Abwicklung erfolgen kann, benötigen wir folgende Nachweise:

- Arzt- oder Krankenhausrechnungen müssen detailliert sein und folgende Informationen enthalten: Name und Anschrift des Arztes oder Krankenhauses, Vor- und Zuname der behandelten Person, die einzelnen Behandlungsdaten, die einzelnen Leistungen und deren jeweilige Kosten sowie die Krankheitsbezeichnung.
- Rechnungen für Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel benötigen wir zusammen mit der entsprechenden ärztlichen Verordnung.
- Falls vorhanden, medizinische Unterlagen wie Arzt-, Labor- oder Krankenhausentlassungsberichte beifügen.

Datenschutzhinweis:

Die zur Bearbeitung erforderlichen personenbezogenen Daten werden gespeichert.

Nähere Informationen dazu finden Sie auf unserer Homepage unter der Rubrik Datenschutz-Hinweise/Merkblätter zur Datenverarbeitung.