

An
 Care Concept AG
 Postfach 30 02 62
 53182 Bonn

Versicherte Person: Name, Vorname: Geb.:
 Versicherungsscheinnummer: (bitte stets angeben)

Zur Anmeldung von Leistungsansprüchen übersende ich die folgenden, angekreuzten Unterlagen:

Angaben, warum ich um eine Erstattung der entstandenen Kosten bitte:
 - z.B. Datum der Erkrankung / des Unfalls, Art der Krankheit, Diagnosen – ggf. ein gesondertes Blatt beifügen

- Bei Schwangerschaft: Vollständige Kopie des Mutterpasses
- Im Todesfall : Kopie der Sterbeurkunde
- Nachweis zum Beginn des Auslandsaufenthaltes (z.B. Kopie Einreisenachweis Pass, Flugticket, etc.)
- Bedingungsgemäß erforderliche Nachweise zur Versicherungsfähigkeit in Kopie (z.B. Aufenthaltstitel, Au-pair-Vertrag etc.)
- Bei Auslandsaufenthalt als Au-pair, Sprachschüler etc. Nachweise über Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen
- Soweit ein anderer Versicherer in Anspruch genommen wurde:
 Letztes Abrechnungsschreiben des oder der weiteren in Anspruch genommenen Versicherer
- Folgende Originalrechnungen:

| lfd. Nr.: | Aussteller: | Rechnungsnummer: | Rechnungsdatum: | Betrag: | Bereits bezahlt am: |
|-----------|-------------|------------------|-----------------|---------|---------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

(sofern Platz nicht ausreicht, bitte die Rückseite benutzen)

| | |
|---|--|
| Die ggf. zu erbringende Versicherungsleistung soll gezahlt werden an (Auszahlungen sind nur per Überweisung möglich): | |
| Bankleitzahl: | |
| Kontonummer: | |
| Bankinstitut | |
| BIC / SWIFT-Code | |
| IBAN | |
| Kontoinhaber | |

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Versicherungsnehmers oder seines – gesetzlichen – Vertreters)

Zur Schadenbearbeitung benötigen wir im Namen des zuständigen Versicherers noch einige Angaben.
Wir bitten Sie daher, das vorliegende Formular auszufüllen, zu unterschreiben und schnellstmöglich an uns zurück zu senden. Vielen Dank!

Versicherungsscheinnummer _____ **(bitte immer angeben)**

1. Angaben zur betroffenen Person

| | | |
|---|---|-------------------------------|
| Anrede: | <input type="checkbox"/> Herr | <input type="checkbox"/> Frau |
| Name: | | |
| Vorname: | | |
| Aktuelle Anschrift: | Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____ Land: _____ | |
| Vollständige Anschrift des Hauptwohnsitzes im Heimatland: | Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____ Land: _____ | |
| E-Mail-Adresse: | | |
| Staatsangehörigkeit(en): | | |
| Telefon: | | |
| Telefon (mobil): | | |

2. Angaben zum Auslandsaufenthalt:

| | | | | |
|----------------------------------|--|---|--|---|
| Beginn des Aufenthaltes: | (bitte fügen Sie eine vollständige Kopie Ihres Reisepasses, Visums oder sonstige qualifizierte Nachweise z.B. Ticketkopien, Tankbelege etc. bei) | | | |
| Geplantes Ende des Aufenthaltes: | | | | |
| Aufenthaltsland: | | | | |
| Reisegrund: | <input type="checkbox"/> Sprachschüler / Student (weiter mit 2.1.) | <input type="checkbox"/> Au-pair (weiter mit 2.2.) | <input type="checkbox"/> berufliche Tätigkeit (weiter mit 2.3.) | <input type="checkbox"/> sonstiges (weiter mit 2.4.) |

2.1. Auslandsaufenthalt als Sprachschüler / Student

| | |
|---|---|
| Hauptgrund des Auslandsaufenthaltes: | |
| Ich habe an folgenden Weiterbildungsmaßnahmen teilgenommen: | (bitte fügen Sie geeignete Nachweise, wie Immatrikulationsbescheinigungen, Teilnahmebestätigungen etc. bei) |

2.2. Auslandsaufenthalt als Au-pair

| | |
|---|--|
| Hauptgrund des Auslandsaufenthaltes: | |
| Ich habe als Au-pair an folgenden Weiterbildungsmaßnahmen teilgenommen: | (bitte fügen Sie geeignete Nachweise, wie Teilnahmebestätigungen etc. bei) |

2.3. Auslandsaufenthalt wegen beruflicher Tätigkeit

| | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Grund des Auslandsaufenthaltes: | | |
| Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers: | _____ | |
| Die geltend gemachten Ansprüche stehen in Zusammenhang mit meiner beruflichen Tätigkeit: (z.B. Arbeitsunfall, beruflich erlittene Erkrankung etc.) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

2.4. Auslandsaufenthalt aus sonstigem Grund:

| | |
|---------------------------------|--|
| Grund des Auslandsaufenthaltes: | |
|---------------------------------|--|

3. Angaben zum Versicherungsfall:

(Bitte reichen Sie die Arztrechnungen, Rezepte, Quittungen, ärztliche Verordnungen etc. im **Original** ein. Falls eine Vorleistung z.B. durch eine gesetzliche Krankenkasse oder einen anderen Kostenträger erfolgt, genügt auch eine Kopie mit einem Erstattungsvermerk. Bei einer stationären Behandlung fügen Sie bitte auch eine Kopie des Entlassungsberichtes bei.)

| | |
|---|---|
| Die ärztliche Behandlung erfolgte wegen | |
| Krankheit: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte weiter mit 3.1.) |
| Zahnbehandlung: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte weiter mit 3.2.) |
| Unfall: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte weiter mit 3.3.) |
| Behandlung Schwangerschaft: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte weiter mit 3.4) |
| Vorsorgeuntersuchung: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Impfung: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

3.1. ärztliche Behandlung wegen Krankheit:

| | |
|---|---|
| Die Behandlung erfolgte wegen: | (bitte beschreiben Sie die gesundheitlichen Probleme mit eigenen Worten) _____ |
| Die Beschwerden traten erstmals auf am: | |
| Die Beschwerden wurden behandelt durch: (bitte Namen, Adresse, Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail-Adresse angeben; sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei) | 1. _____ 2. _____ 3. _____ |
| Wegen der Erkrankung wurde ich bereits vor Reiseantritt behandelt bzw. es handelt sich um die Folge einer vor Reiseantritt behandelten Krankheit oder die Folge eines vor Reiseantritt erlittenen Unfalls: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte teilen Sie uns Diagnosen, Behandlungszeiträume und Namen sowie Anschriften der behandelnden Ärzte mit; sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei): _____ _____ |
| Wer ist oder war in den letzten 12 Monaten vor Beginn Ihres Auslandsaufenthaltes Ihr Haus- / Facharzt: (bitte Namen, Adresse, Telefonnummer, Faxnummer; Maiadresse angeben; sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei) | 1. _____ 2. _____ 3. _____ |
| Hatten Sie vor Beginn des Auslandsaufenthaltes Beschwerden, Krankheiten oder Gebrechen, die nicht ärztlich behandelt wurden: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte teilen Sie uns Diagnosen, Behandlungszeiträume und Namen sowie Anschriften der behandelnden Ärzte mit; sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei): |

3.2. ärztliche Zahnbehandlung:

| | |
|--|---|
| Die Behandlung erfolgte wegen: | (bitte beschreiben Sie die gesundheitlichen Probleme mit eigenen Worten) _____ |
| Die Beschwerden traten erstmals auf am: | |
| Die Beschwerden wurden behandelt durch: (bitte Namen, Adresse, Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail-Adresse angeben; sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei) | 1. _____ 2. _____ 3. _____ |

| | |
|---|---|
| Wegen der Probleme am selben Zahn / an denselben Zähnen wurde ich bereits vor Reiseantritt behandelt: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte teilen Sie uns Diagnosen, Behandlungszeiträume und Namen sowie Anschriften der behandelnden Ärzte mit; sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei): |
| Wer ist oder war in den letzten 12 Monaten vor Beginn Ihres Auslandsaufenthaltes Ihr Zahn- / Haus- / Facharzt: (bitte Namen, Adresse, Telefonnummer, Faxnummer; E-Mail-Adresse angeben; sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei) | 1. 2. 3. |
| Hatten Sie vor Beginn des Auslandsaufenthaltes Zahnbeschwerden, die nicht ärztlich behandelt wurden: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte teilen Sie uns Diagnosen, Behandlungszeiträume und Namen sowie Anschriften der behandelnden Ärzte mit; sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei): |

3.3. Behandlung wegen der Folgen eines Unfalls

| | |
|---|--|
| Angaben zum Unfall | |
| Schadentag: | |
| Uhrzeit: | |
| Schadenort: | |
| Polizeiliche Aufnahme: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Dienststelle: Anschrift: _____ Aktenzeichen: |
| Schilderung / Skizze: (ggf. gefertigte Fotos bitte beifügen) | |
| | |
| Angaben bei Unfallverursachung durch einen Dritten | |
| Vollständige Anschrift des Unfallverursachers: | Straße: _____ Postleitzahl (Postcode): _____ Hausnummer: _____ Ort: _____ Land: _____ |
| Ansprüche wurden angemeldet: | <input type="checkbox"/> nein, weil _____ <input type="checkbox"/> ja, bei _____ |
| Weitere Angaben: | |
| Art und Umfang der Verletzung: | Art (z.B. Prellung): _____ Umfang (z.B. ganzer Körper): _____ |
| Stationäre Behandlung: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von: _____ bis _____ |

| | | |
|---|---|---|
| Behandelnder Arzt: | Die erste Behandlung erfolgte durch: | Die weitere Behandlung erfolgte durch: |
| | Name: _____ Anschrift: _____ Telefon: _____ | Name: _____ Anschrift: _____ Telefon: _____ |
| Meldung bei einer Berufsgenossenschaft: | <input type="checkbox"/> nein, weil _____ | <input type="checkbox"/> ja, bei Name: _____ Anschrift: _____ Aktenzeichen: _____ |

3.4. Schwangerschaftsbehandlung:

| | |
|--|---|
| Die Schwangerschaft wurde festgestellt am: | |
| Die Schwangerschaft wurde festgestellt in der Schwangerschaftswoche: | (bitte vollständige Kopie des Mutterpasses beifügen) |
| Die Behandlung erfolgte wegen: | <input type="checkbox"/> Vorsorge- / Kontrolluntersuchung <input type="checkbox"/> Beschwerden / vorzeitige Wehentätigkeit <input type="checkbox"/> Frühgeburt <input type="checkbox"/> Entbindung |
| Die ersten Beschwerden traten auf: | |
| Die erste ärztliche Behandlung erfolgte am: | |
| Nennen Sie bitte alle Sie in Zusammenhang mit Ihrer Schwangerschaft behandelnden Ärzte: (bitte Namen, Adresse, Telefonnummer, Faxnummer; E-Mail-Adresse angeben; sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei) | 1. _____ 2. _____ 3. _____ |

4. Ergänzende Angaben bei Todesfall:

| | |
|---|--|
| Datum des Versterbens: | |
| Todesursache: (bitte fügen Sie eine Kopie der Sterbeurkunde bei) | |

5. Angaben zu weiteren Versicherungen:

| | |
|--|---|
| Es besteht weiterer Versicherungsschutz für Auslandsaufenthalte: (z.B. über eine Kreditkarte, wie EuroCard, VISA; AmEx) über eine Mitgliedschaft (ADAC, ASB, DRK oder eine andere Vereinigung mit Rettungsleistungen) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei (bitte Mitgliedsnummer / Kreditkartennummer und Name des Kreditinstituts bzw. Rettungsdienstes angeben) |
| Es besteht weiterer Krankenversicherungsschutz bei einer gesetzlichen Krankenkasse, private Krankenkasse (auch Zusatzversicherung) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei (bitte Name, Anschrift und Vertragsnummer angeben) |
| Die eingereichten Unterlagen wurden noch bei einer anderen Versicherung eingereicht | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei (bitte Name, Anschrift angeben und letztes (Abrechnungs-) schreiben beifügen) |

6. Auszahlungsbestimmungen

| | |
|--|--|
| Die ggf. zu erbringende Versicherungsleistung soll gezahlt werden an: (Auszahlungen sind nur per Überweisung möglich) | |
| Bankleitzahl: | |
| Kontonummer: | |
| Bankinstitut | |
| BIC / SWIFT-Code | |
| IBAN | |
| Kontoinhaber | |

Wichtige Hinweise über die Folgen der Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall:

Belehrung nach § 28 IV Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe:

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheit

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen kann der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie ihm jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs seiner Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit) und ihm die sachgerechte Prüfung seiner Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie ihm alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Der Versicherer kann ebenfalls verlangen, dass Sie ihm Belege / Dokumente zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, vorsätzlich die verlangten Belege / Dokumente nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber der Versicherer kann seine Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen / Dokumenten bleibt der Versicherer jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen / Dokumenten arglistig, wird der Versicherer in jedem Fall von seiner Verpflichtung zur Leistung frei.

Ende der Belehrung

Hinweis:

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Schlussfolgerungen:

Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig erfolgt sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige und / oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Die vorstehenden Hinweise gemäß § 28 Absatz 4 des VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich für die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben auch dann verantwortlich bin, wenn ich dieses Formular nicht eigenhändig ausgefüllt habe.

Ich trete meine Ansprüche und Forderungen gegen einen Unfallverursacher / Haftpflichtigen / weiteren Leistungspflichtigen in Höhe der von dem Deckungsschutz gewährenden Versicherer erbrachten Leistungen an diesen ab.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Versicherungsnehmer)

_____ und _____
(Unterschrift versicherte Person oder deren
gesetzlichen Vertreter)

Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung von personenbezogenen Daten und von Gesundheitsdaten

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung sowie Weitergabe von personenbezogenen Daten

Ich willige ein, dass der Deckungsschutz gewährende Versicherer (im Folgenden Versicherer genannt) und bearbeitende Care Concept AG (im Folgenden Care Concept) meine personenbezogenen Daten erheben, speichern, nutzen und gegenseitig übermitteln dürfen, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung der Versicherungsverträge einschließlich zur Provisionsabrechnung erforderlich ist.

2. Erhebung, Speicherung und Nutzung von Gesundheitsdaten

Um auch Ihre Gesundheitsdaten für diesen Leistungsantrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen der Versicherer und die Care Concept Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen und Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu können und um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten – soweit erforderlich – an andere Stellen weiterleiten zu dürfen. Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Ich willige ein, dass der Versicherer und die Care Concept die von mir in dieser Schadenmeldung und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erheben, speichern, nutzen und gegenseitig übermitteln, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb des Versicherers

Der Versicherer verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Wenn es für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht notwendig ist, medizinische Gutachter einzuschalten, benötigen der Versicherer und die Care Concept Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer bzw. die bearbeitende Care Concept meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die meinen Versicherungsschutz gewährenden Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherungsschutz gewährenden Versicherer und die Care Concept tätigen Personen sowie die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Datenweitergabe bei Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen

Der Versicherer und die Care Concept führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung, die telefonische Kundenbetreuung oder den Notruf-Service, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen der den Versicherungsschutz gewährende Versicherer und die Care Concept Ihre Schweigepflichtentbindung für diese Stellen.

Ich willige ein, dass der Versicherer und die Care Concept meine Gesundheitsdaten an die

- Roland Assistance GmbH, Köln
- MedCare International Inc. Coral Springs, Florida, USA

übermitteln und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer und die Care Concept dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des Versicherers und der Care Concept sowie sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht. Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, weil sich zwischenzeitlich Änderungen ergeben haben können. Eine aktuelle Liste können Sie schriftlich bei der Care Concept anfordern.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, schalten der Versicherer und die Care Concept Rückversicherungen ein, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen sowie der Rückversicherungsabrechnung, aber auch zur Beurteilung des Risikos oder eines Versicherungsfalles können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch den Versicherer und die Care Concept unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer und für die Care Concept tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Anspruchstellers oder seines gesetzlichen Vertreters)