



## Schadenmeldeformular für Reisen

Um eine schnelle Bearbeitung Ihres Antrags zu ermöglichen, bitten wir Sie, die folgenden Anweisungen zu berücksichtigen:

1. Füllen Sie für jede Schadenforderung und für jede versicherte Person ein eigenes Antragsformular aus.
2. Wenn Sie eine Schadenforderung im Zusammenhang mit einem Unfall oder einer Verletzung stellen, füllen Sie bitte die Abschnitte A, B, H und I vollständig aus.
3. Wenn Sie eine Schadenforderung im Zusammenhang mit einem nichtmedizinischen Vorfall oder einem Gepäcksverlust stellen, füllen Sie bitte die Abschnitte A und D–H, je nach Relevanz, aus.
4. Wenn Sie eine Schadenforderung infolge eines Personenunfalls stellen, füllen Sie bitte die Abschnitte A, C, H und I aus.
5. Bitte senden Sie dieses vollständig ausgefüllte Formular an die GBG-Schadensabteilung, einschließlich SÄMTLICHER Originalrechnungen, die für den Antrag relevant sind, sowie Reisenachweise (z. B. E-Mail-Bestätigungen, Buchungsrechnungen, Tickets). Alle Eingaben MÜSSEN binnen 60 TAGEN nach dem Verlust bzw. dem Beginn der Behandlung der GBG vorliegen.

A. ANGABEN ZUR HAUPTVERSICHERTEN PERSON	
Name (Nachname, Vorname, zweiter Vorname):	Policenummer:
Adresse:	
Postleitzahl:	Telefonnummer:
E-Mail:	Fax:
Policewährung: <input type="checkbox"/> US\$ <input type="checkbox"/> ¤ <input type="checkbox"/> GB£	Bei jeder Leistung kommt ein Selbstbehalt in Höhe von \$/€/£ 75,00 pro Antrag zum Abzug. Die Währung für die maximale Versicherungsleistung und den Selbstbehalt wird anhand der Währung, in der Ihre Reiseversicherung gekauft wurde, ermittelt.
ANGABEN ZUM ANTRAFSTELLER (sofern sich dieser vom Hauptversicherten unterscheidet)	
Name (Nachname, Vorname, zweiter Vorname):	
Adresse:	
Postleitzahl:	Telefonnummer:
Beruf:	
Zweck der Reise: <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Business	
Reisedaten: (TT. MMM JJJJ, d.h. 01. MAI 2015)	Von: Nach:
Erfolgt der Antrag infolge eines Unfalls? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
ERKLÄRUNG	
<p>Aus Gründen des Datenschutzes erkenne(n) ich/wir an, dass jegliche personenbezogenen Daten, die im Rahmen dieses Antrags von mir/uns sichergestellt wurden, zu Verwaltungszwecken und zu Zwecken der Schadensprüfung gesammelt und verarbeitet werden. Zu diesem Zweck können die Daten auch an ausgewählte Dritte und Rückversicherer weitergegeben werden.</p> <p>Ich/wir stimme(n) der Verarbeitung sensibler Daten über mich/uns und andere Personen, die im Rahmen dieses Vertrages versichert sind, durch Sie zu. Ich/wir nehme(n) zur Kenntnis, dass sämtliche personenbezogenen Daten, die ich/wir bereit stelle(n), korrekt sein müssen. Ich/wir verfüge(n) über die Zustimmung jener anderen versicherten Personen, deren personenbezogenen Daten weiterzugeben.</p> <p>Ich bin/wir sind mit Informationsanfragen seitens anderer Versicherer, Auskunftsteilen und Informationsstellen zur Überprüfung unserer Antworten einverstanden und genehmigen die Weitergabe solcher Informationen.</p> <p>Ich/wir erklären, dass mit der Beilegung des Schadenfalls sämtliche Anspruchsrechte und Rechte auf Erstattung an den Versicherer und/oder deren Schadenregulierer übergehen. Bitte beachten Sie, dass wir über Wiedergewinnungsrechte verfügen und gegebenenfalls von diesen Rechten Gebrauch machen werden. Ich/wir erkläre(n), nach bestem Wissen, dass die in diesem Antrag bereitgestellten Informationen korrekt und vollständig sind.</p>	

Versicherte Person:		Hauptversicherte Person	
Name:		Name:	
Unterschrift:		Unterschrift:	
Durch die Eingabe meines Namens auf diesem Formular unterschreibe ich elektronisch, was rechtlich meiner manuellen, handschriftlichen Unterschrift entspricht.		Durch die Eingabe meines Namens auf diesem Formular unterschreibe ich elektronisch, was rechtlich meiner manuellen, handschriftlichen Unterschrift entspricht.	
Datum:		Datum:	
B. BEHANDLUNGSKOSTEN & KRANKENHAUSTAGEGELD			
Art der Erkrankung/Verletzung:			
Datum des Auftretens der Erkrankung/Verletzung (TT.MM.JJJJ):		Zeitpunkt des Auftretens der Erkrankung/Verletzung:	
Ort des Auftretens der Erkrankung/Verletzung:			
Bitte beschreiben Sie detailliert, wie es zur Verletzung kam:			
Name des persönlichen Hausarztes /Doktors des Anspruchsberechtigten (auch wenn dieser nicht konsultiert wurde):			
Adresse des persönlichen Hausarztes /Doktors:			
Telefonnummer:	Fax nummer:	E-Mail-Adresse:	
Name und Adresse des/der behandelnden Arztes/Ärzte und/oder des(r) behandelnden Krankenhauses/Krankenhäuser:			
Wenn eine stationäre Behandlung im Krankenhaus erfolgte, geben Sie bitte das Datum des stationären Aufenthalts an:			
Wurde die Emergency Assistance Company (Notdienst) kontaktiert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls nein, erklären Sie, warum nicht:			
War die versicherte Person schwanger?: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja wie viele Wochen?			
Wenn die versicherte Person erkrankt ist, ist diese Erkrankung bei ihm/ih bereits früher aufgetreten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, machen Sie dazu detaillierte Angaben:			
Verfügt die versicherte Person über eine private Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, machen Sie bitte Angaben zum Versicherer, einschließlich Name, Adresse und Policennummer:			
NUR FÜR EU-BÜRGER			
Wurde eine EHIC (European Health Insurance Card – Europäische Krankenversicherungskarte) auf die Reise mitgenommen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Wurde diese dem Krankenhaus/Arzt vorgelegt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

### C. PERSONENUNFALL

Wann trat die Verletzung oder (im Fall einer tödlichen Verletzung) der Tod ein?

Bitte beschreiben Sie im Detail die Art des Verlustes oder wie es zum Todesfall kam:

Führten natürliche Ursachen zur Verletzung oder zum Tod?  Ja  Nein

Falls ja, machen Sie bitte detaillierte Angaben dazu:

Im Todesfall muss eine von einer zugelassenen Behörde ausgestellte Sterbeurkunde in Originalkopie an International Claims Services übermittelt werden.

### D. REISERÜCKTRITTODER -ABBRUCH

Wann wurde die Reise gebucht (TT.MM.JJJJ):

Wann wurde die Reise storniert/abgebrochen (TT.MM.JJJJ):

Bitte legen Sie detailliert dar, warum die Reise storniert/abgebrochen wurde:

Wenn die Stornierung nicht auf die reisende Person zurückzuführen war, geben Sie bitte den Namen der Person, die der Grund für die Stornierung der Reise war, sowie seine/ihre Beziehung zur reisenden Person/zur den reisenden Personen an:

Falls die Reise abgebrochen wurde, wurde Emergency Assistance Company (Notdienst) kontaktiert?  Ja  Nein

Sind Zusatzkosten entstanden?  Ja  Nein Falls ja, nennen Sie diese bitte im Detail und übermitteln Sie alle Rechnungen/Quittungen gemeinsam mit diesem Antragsformular:

Bitte geben Sie an, an wen die Rückerstattung erfolgen soll:

### ADDITIONAL DOCUMENTS REQUIRED

Wenn die Reise aufgrund einer Verletzung/Erkrankung der reisenden Person storniert wurde, benötigen wir ein schriftliches Attest des Allgemeinarztes darüber, dass die versicherte Person reiseunfähig war.

Wenn die Reise aufgrund einer Verletzung/Erkrankung eines Dritten storniert wurde, benötigen wir ein schriftliches Attest des Allgemeinarztes der dritten Person, zur Bestätigung der Verletzung/Erkrankung.

Bitte stellen Sie außerdem folgende Unterlagen bereit:

- Unterlagen zum Beleg der Reisestornierung aufgrund anderer, oben nicht beschriebener Faktoren.
- Buchungsrechnung im Original.
- Stornorechnung, in der die entstandenen Kosten aufgeführt sind.

E. REISEVERZÖGERUNG / VERPASSTE ABREISE			
Grund für die Reiseverzögerung/v erpasste Abreise:			
REISEVERZÖGERUNG			
Geplantes Datum und Zeit für die Abreise:			
Flug-/Fähren-/sonstige Transportnummer/Referenz:			
Tatsächliches Datum und Zeit der Abreise:			
Flug-/Fähren-/sonstige Transportnummer/Referenz:			
Verzögerung in Stunden:			
Name des Flug-/Fähren-/sonstigen Transportunternehmens:			
VERPASSTEABREISE			
Ort der Abreise:		Ort der verpassten Anbindung:	
Beförderungsmethode zum Abreiseort:			
Bitte geben Sie an, wie Sie Ihre Reise wieder aufgenommen haben:			
Beanspruchter Betrag:			
F. GEPÄCK, GEGENSTÄNDESPERSÖNLICHEN GEBRAUCHS, GELD UND DOKUMENTE			
Datum des Verlusts oder Schadens (TT.MM.JJJJ):		Uhrzeit:	
Bitte beschreiben Sie im Detail, wie und wo es zu dem Verlust/Schaden gekommen ist:			
Bitte geben Sie an, wann der Verlust/Schaden gemeldet wurde und bei welcher Behörde (z. B. Polizei/Fluglinie/Reiseveranstalter/Hotel etc.), einschließlich vollständige Adresse und Referenz:			
Wenn sich der Verlust auf Reiseschecks, Schecks, Bargeld, Kreditkarten oder Bankkarten bezieht, nennen Sie das Datum, an dem der Aussteller über den Verlust in Kenntnis gesetzt wurde:			
BESCHREIBUNG DES GEGENSTANDS			
Vollständige Beschreibung von Gegenstand 1:			
Wo gekauft:		Kaufdatum (TT.MM.JJ):	
Bezahlter Preis:	Aktueller Preis:	Beanspruchter Betrag:	
Vollständige Beschreibung von Gegenstand 2:			
Wo gekauft:		Wo gekauft:	
Bezahlter Preis:	Bezahlter Preis:	Bezahlter Preis:	
ZUSÄTZLICHEINFORMATIONEN			
Geben Sie Informationen zu sonstigen Versicherungen an, über die Sie verfügen und die eine teilweise Deckung für diesen Verlust bieten können, z. B. Haushaltsversicherung, private Krankenversicherung, persönliche Reiseversicherung, Kreditkartenversicherung etc.:			
Name des Versicherers:		Policennummer	
Adresse:			

ZUSÄTZLICHEERFORDERLICHE DOKUMENTE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wenn der Verlust auf einem Flughafen oder im Flugzeug erfolgte, MUSS er der Fluglinie innerhalb v on 24 Stunden mittels eines Vorfallsberichts gemeldet werden.</li> <li>- Wenn der Verlust auf einem Flughafen oder im Flugzeug erfolgte, MUSS er binnen 24 Stunden mittels eines Vorfallsberichts der Fluglinie gemeldet werden. Der Vorfallsbericht muss gemeinsam mit diesem Antragsformular an uns gesendet werden.</li> <li>- Belege für den Kauf/Besitz, z. B. Quittungen, Konto-/Kreditkartenauszüge, Fotos, Verpackung, Bedienungsanleitungen, Schätzgutachten.</li> <li>- Bitte beachten Sie, dass wir den Anspruch herabsetzen können, wenn der Kauf nicht belegt wird und/oder wenn v on natürlicher Abnutzung ausgegangen werden muss.</li> <li>- Wenn Gegenstände bereits ersetzt wurden, senden Sie uns bitte die Rechnung oder Quittung für den Ersatz.</li> </ul>
G. VERLUST DES REISEPASSES
Bitte geben Sie an, wo der Reisepass v erloren wurde:
Bitte machen Sie detaillierte Angaben zu den Kosten für den Ersatz des Reisepasses und legen Sie Quittungen bei:
H. ART DER ERSTATTUNG
Bitte erstatten Sie die Kosten an: <input type="checkbox"/> Hauptv ersicherte Person <input type="checkbox"/> Leistungserbringer (Bezahlung mit Scheck)
ART DER ERSTATTUNG: Geben Sie die bev orzugte Art der Erstattung unten an.
<input type="checkbox"/> Scheck an die Adresse der hauptv ersicherten Person, laut Abschnitt ANGABEN ZUR HAUPTVERSICHERTEN PERSON.
<input type="checkbox"/> Scheck an andere Postadresse:
<input type="checkbox"/> Über elektronische Direktüberweisung (nur US-Banken) oder telegrafische Zahlungsanweisung (Nicht-US-Banken)
Name der Bank:
Konto lautend auf:
Kontonummer/IBAN:
Bankleitzahl/ABA-Nummer (für elektronische Direktüberweisung):
SWIFT-Code (für telegrafische Zahlungsanweisung):
Bankadresse (für telegrafische Zahlungsanweisung):
I. BEVOLLMÄCHTIGUNG ZUR WEITERGABEMEDIZINISCHER INFORMATIONEN
<p>Hiermit ermächtige ich Ärzte oder medizinisches Fachpersonal, Krankenhäuser oder medizinische Einrichtungen, Apotheken, medizinische Dienstleister, Arbeitgeber, Leistungsplan-Adminis tratoren sowie Bundes-, Landesoder Kommunalbehörden mit einer v ollständigen Kopie sämtlicher medizinischer Informationen, diese zu v erwenden und weiterzugeben, wie in dieser Bev ollmächtigung beschrieben. Medizinische oder sonstige in Ihrem Besitz oder unter Ihrer Kontrolle befindlichen Informationen dürfen zudem an Global Benefits Group (GBG) und/oder deren Anwälte entweder direkt oder über einen Vertreter, der in deren Namen handelt, weitergegeben werden, ebenso sämtliche Informationen, die sie anfordern, einschließlicher nicht ausschließlich – Krankenakten, medizinische Gutachten, Tabellen, Diagramme, Röntgenbefunde, Filme und Laborbefunde.</p> <p>Ich genehmige hiermit auch die Weitergabe sämtlicher medizinischer Informationen in Bezug auf die Diagnose, Behandlung und Therapie v on Alkohol und Drogenmissbrauch oder psy chischer Erkrankungen. Zudem genehmige ich die Weitergabe sämtlicher in Ihrem Besitz und unter Ihrer Kontrolle befindlichen Abrechnungen und Fakturen.</p> <p>Ebenso ermächtige ich GBG, seine Repräsentanten oder Vertreter, Informationen, die infolge dieser Bev ollmächtigung eingeholt wurden, an Anbieter v on Gesundheitsdiens tleis tungen, Versicherer, Rückv ersicherer oder Anspruchsv erwalter sowie jegliche Behörden weiterzugeben, soweit dies zum alleinigen Zweck der Ev aluierung und Verwaltung v on Ansprüchen auf Leistungen als zweckmäßig erachtet wird. Mir ist ferner bekannt, dass Informationen auf folgende Art und Weise weitergegeben werden können:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An andere Personen oder Organisationen, die Geschäfts- oder Rechtsdienstleis tungen im Zusammenhang mit Ansprüchen erbringen;</li> <li>- Wie dies anderweitig gesetzlich erforderlich sein kann;</li> <li>- An v on mir genannte Personen oder deren gesetzliche Vertreter;</li> <li>- Infolge weiterer Bev ollmächtigung meinerseits; oder, wenn erforderlich, um Betrug zu v erhindern oder aufzudecken.</li> </ul>



Diese "Bevollmächtigung zur Weitergabe medizinischer Informationen" kann jederzeit widerrufen werden, außer in Bezug auf Maßnahmen, die im Vertrauen hierauf bereits getroffen wurden, und soll, sofern sie nicht vorher schriftlich widerrufen wird, zwei (2) Jahre ab dem Datum der Unterschrift gültig sein. Ich bin damit einverstanden, dass eine Fotokopie, eine per E-Mail gesendete Kopie oder eine Faxkopie der Bevollmächtigung als Original akzeptiert und dieselbe Gültigkeit haben sollen. Mir ist bekannt, dass ich eine Kopie dieser Bevollmächtigung anfordern kann.

Name:	Unterschrift:  Durch die Eingabe meines Namens auf diesem Formular unterschreibe ich elektronisch, was rechtlich meiner manuellen, handschriftlichen Unterschrift entspricht.
Datum:	

Bitte senden Sie das ausgefüllte Antragsformular und die Belegdokumente (**EINSCHLIESSLICH REISENACHWEIS**) an:

Global Benefits Group

- Online -Einreichung: [www.gbg.com](http://www.gbg.com)
- Postadresse: PO Box 211008, Eagan, MN 55121
- E-Mail: [eclaims@gbg.com](mailto:eclaims@gbg.com)
- Fax: +1.949.271.2330