

## Fragebogen zur Auslandsreise-Krankenversicherung

MasterCard / VISACARD Gold

MasterCard / VISACARD Platinum

Bitte zurücksenden an:

Union Krankenversicherung AG  
66099 Saarbrücken

oder per Fax an:  
+49 (0)681 844-2509

|  |  |
|--|--|
| <b>1. Kreditkarteninhaber(in)</b><br>Bitte geben Sie Ihren kompletten Namen, Ihre Anschrift, Ihr Geburtsdatum und Ihre Telefonnummer an                                      |  |
| <b>2. Kreditkartennummer</b><br>Bitte geben Sie uns Ihre 16-stellige Kreditkartennummer an.  |  |
| <b>4. Erkrankte Person</b><br>Bitte nennen Sie uns den Namen der erkrankten Person.<br>Bitte teilen Sie uns mit ob und ggf. wie Sie mit der erkrankten Person verwandt sind. |  |
| <b>5. Berufliche Tätigkeit</b><br>Welchen Beruf üben Sie / übt die erkrankte Person aus und wo befindet sich die Arbeitsstätte.  |  |
| <b>6. Einreise</b><br>Wann sind Sie / die erkrankte Person in das Urlaubsland eingereist ?<br>(Bitte fügen Sie einen Nachweis bei)   |  |
| <b>6. Unterkunft am Urlaubsort</b><br>Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift Ihrer Unterkunft im Ausland an.  |  |
| <b>7. Währung</b><br>Bitte teilen Sie uns mit in welcher Währung die Rechnungen beglichen wurden.  |  |

|   |  |
|---|--|
| <p><b>8. Zahlungsweise</b></p> <p>Bitte teilen Sie uns mit wie die Rechnungen bezahlt wurden (bar, Kreditkarte, etc...). Bitte legen Sie uns ggf. die Kreditkartenabrechnung bei.</p> |  |
|---|--|

|   |  |
|---|--|
| <p><b>9. Krankenversicherung</b></p> <p>Bitte teilen Sie uns mit bei welcher Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung Sie / die erkrankte Person krankenversichert sind.</p> <p>Bitte geben Sie uns den Namen und die Anschrift des Unternehmens sowie Ihre Versicherungsnummer an.</p> |  |
|---|--|

|  |  |
|--|--|
| <p><b>10. Sonstiger Auslandsreiseversicherungsschutz</b></p> <p>Bitte teilen Sie uns mit ob eine weitere Auslandsreisekrankenversicherung besteht.</p> <p>Falls ja, teilen Sie uns bitte den Namen und die Anschrift des Versicherungsunternehmens und Ihre Versicherungsnummer mit.</p> |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| <p><b>11. Sonstiger Kostenerstattung</b></p> <p>Bitte teilen Sie uns mit ob Sie Rechnungen zu diesem Versicherungsfall bei einem andren Kostenträger eingereicht haben und ob dieser bereits Kosten übernommen hat.</p> <p>Falls ja, teilen Sie uns bitte die Höhe der Kostenbeteiligung mit.</p> <p>Bitte übersenden Sie uns in diesem Fall eine Kopie des Abrechnungsschreibens.</p> |  |
|--|--|

|   |  |
|---|--|
| <p><b>12. Behandlungen nach Heimkehr</b></p> <p>Wurden Sie / die erkrankte Person auch nach der Rückkehr weiterbehandelt.</p> <p>Falls ja, teilen Sie uns bitte den Namen und die genaue Anschrift des behandelnden Arztes mit und schicken Sie uns ein ärztliches Attest über die weitere Therapie).</p> |  |
|---|--|

|   |  |
|---|--|
| <p><b>13. Kostenerstattung</b></p> <p>Bitte teilen Sie uns mit auf welches Konto die Kostenerstattung erfolgen soll (Name der Bank, Bankleitzahl, Kontonummer, Name des Kontoinhabers / der Kontoinhaberin)</p> |  |
|---|--|

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Bitte reichen Sie uns zusammen mit dieser Schadenmeldung folgende Unterlagen ein:</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Spezifizierte Originalrechnung aus der die Diagnose und die Behandlungsdaten ersichtlich werden.</li> <li>▪ Ärztliche Verordnungen von Arzneimitteln und Apothekenquittungen</li> <li>▪ Falls vorhanden: Laborberichte, Behandlungsberichte, Krankenhausentlassungsberichte etc.</li> </ul> |
|---|--|

**Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Mir ist bekannt, dass bewusst falsche Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können.**

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Ort und Datum</b> | <b>Unterschrift des Kreditkarteninhabers</b> |
|----------------------|--|

## Was Sie über das Thema „Verletzung von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall“ wissen sollten

Bei jedem Versicherungsfall sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Was wir in diesem Zusammenhang von Ihnen verlangen dürfen und welche Folgen es hat, wenn Sie Ihren Verpflichtungen nicht nachkommen, haben wir für Sie zusammengefasst. Der Gesetzgeber verlangt, dass wir Sie hierzu ausführlich informieren.

### Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Mit dem Versicherungsvertrag haben wir vereinbart, dass wir nach Eintritt des Versicherungsfalles von Ihnen verlangen können,

- dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig ist.
- dass Sie uns Belege schicken, soweit es Ihnen zugemutet werden kann. Hierunter versteht man die sogenannte **Auskunftsobliegenheit**.
- und dass Sie uns die Prüfung unserer Leistungspflicht so ermöglichen, indem Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Sachverhaltes dienen. Damit ist die **Aufklärungsobliegenheit** gemeint.

### Leistungsfreiheit

Hierunter versteht man, dass Sie Ihren Anspruch auf die versicherten Leistungen verlieren, wenn Sie:

- entgegen der vertraglichen Vereinbarungen **vorsätzlich** keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben machen
- uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht einreichen.

**Bitte beachten Sie:** Verstoßen Sie **grob fahrlässig** gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung entsprechend der Schwere Ihres Verschuldens kürzen.

Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht **grob fahrlässig** verletzt haben.

Dennoch gilt: Trotz Verletzung Ihrer oben genannten Obliegenheiten bleiben wir jedoch soweit zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass:

- die **vorsätzliche** oder **grob fahrlässige** Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht im Zusammenhang stand.

**Wichtig:** Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft und zur Aufklärung **arglistig**, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.